E

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 68

LES

Tumeurs Géantes non Sarcomateuses

DU SEIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Juillet 1924

PAR

Ed. MOURGUE

INTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

Né à Caveirac (Gard), le 29 septembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la These { FORGUE, professeur, *Président.* ESTOR, professeur. GRYNFELTT, p ofesseur. LAPEYRE, agrégé. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1924

LES

TUMEURS GÉANTES NON SARCOMATEUSES

DU SEIN

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535710_0038

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 68

LES

Tumeurs Géantes non Sarcomateuses

DU SEIN

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Juillet 1924

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Ed. MOURGUE

INTERNE DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

Né à Caveirac (Gard), le 29 septembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { FORGUE, professeur, *Président.* ESTOR, professeur. GRYNFELTT, professeur. LAPEYRE, agrégé. } *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1924

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	E. HEDON.
Chimie biologique et et médicale	DERRIEN.
Physique médicale	PECH.
Botanique et histoire naturelles médicales	N...
Anatomie pathologique	GRYNFELTT.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	RIMBAUD.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL.
Clinique médicale	DUCAMP. VEDEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE, *assesseur*. ESTOR.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, *doyen*.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MASSABUAU.
Clinique gynécologique	De ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Accouchements (ch. de c.)	P. DELMAS.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET

Professeurs Honoraires:
MM. RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET et GRANEL

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Clinique propépeudique de chirurgie	RICHE.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	L. HEDON.
Chimie appliquée à la clinique	FLORENCE.
Médecine opératoire	N...
Pathologie externe	ETIENNE.
Pathologie chirurgicale et expérimentale	LAPEYRE.
Accouchements	P. DELMAS, prof.
Pathologie médicale	CARRIEU.
Histoire naturelle médicale	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Hydrologie et climatologie	GIRAUD.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Clinique des maladies des vieillards	BOUDET.
Stomatologie	Dr WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. MARGAROT. GIRAUD. BOUDET. CARRIEU.	Anatomie	J. DELMAS.
		Chimie	FLORENCE.
		Histologie	TURCHINI.
		Histoire natu	GALAVIELLE.
Chirurgie	MM. RICHE. ETIENNE. LAPEYRE.		CABANNES.
		Physique	LAMARQUE.
		Physiologie	L. HEDON.
Ophtalmologie	VILLARD.		

Examinateurs de la thèse:

MM. FORGUE, prof. *président*. — MM. GRYNFELTT, professeur.
ESTOR, professeur. — LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA CHÈRE MÉMOIRE

DE MON GRAND-PÈRE

LE PASTEUR LOUIS MOLINES

AVANT-PROPOS

Ce qui donne son caractère de solennité à la thèse inaugurale, c'est qu'elle marque une étape de notre vie et qu'il nous semble qu'après elle, va se montrer à nos yeux un peu de cet avenir, vers lequel tendent nos efforts et nos espérances. Mais ce dernier acte des études médicales nous émeut aussi par tous les souvenirs d'un passé qu'il ranime, en réveillant en nous des sentiments de respect, de reconnaissance et d'amitié.

En présidant la soutenance de cette thèse, inspirée par lui, dont les deux observations originales sont puisées dans cette mine — peut-être unique — de documents qu'il possède sur la chirurgie du sein, mon Maître, le Professeur FORGUE permet que ce travail soit rehaussé de l'autorité qui s'attache à son nom. Que ne lui dois-je pas, en outre, après tant de mois passés auprès de lui, à suivre de si près ses techniques opératoires, toujours méthodiquement réglées, et élégamment précises, et son enseignment où la vie de la parole anime pour ces auditeurs cette érudition, cette clarté et ces conceptions personnelles, qui font au loin le succès de ses livres. C'est pourquoi je lui suis très respectueusement reconnaissant, et, à l'heure où une fête jubilaire va célébrer sa longue activité clinique, je sens mieux encore quel privilège c'est d'être son élève.

Je voudrais rappeler à M. le Professeur ESTOR qu'il a été mon premier maître et que c'est lui qui m'a fait aimer la chirurgie dans ces jours de 1914 où avec tant de patience,

tant de bonté, il se consacrait la journée entière, sans se lasser, à ses blessés de guerre. J'ai eu depuis, le privilège d'être son externe et son interne, et je garde un très reconnaissant souvenir de ses leçons si didactiques qui m'ont tant appris, et de ces entretiens où il témoigne tant de bienveillante confiance à ses collaborateurs.

Ce travail devait s'appuyer sur des examens histologiques approfondis : je les dois à M. le professeur GRYNFELTT, et je ne sais comment lui témoigner ma gratitude pour tout ce qu'il a fait pour faciliter ma tâche, sans jamais, lui, épargner sa peine. Je ne saurais oublier qu'il a bien voulu s'occuper lui-même des dessins et des microphotographies qui illustrent ses interprétations. Je l'en remercie respectueusement, ainsi que de l'accueil si cordial que l'on est toujours sûr de trouver dans son laboratoire.

Je remercie enfin, M. le professeur agrégé LAPEYRE d'avoir bien voulu, lui aussi, être mon juge ; je puis ainsi dire ici, quelle amabilité et quels conseils j'ai toujours trouvé auprès de lui, et ce que je dois au chef de notre conférence de chirurgie, pour la préparation de l'Internat. C'est ce qu'il m'a appris qui m'a valu le succès ; je ne saurais l'oublier.

A côté de lui, je dois tout naturellement nommer ceux qui m'ont également préparé au concours. A M. le Professeur EUZIÈRE dont j'ai été l'externe au service des vieillards, je voudrais dire combien ses élèves sont heureux et fiers de retrouver, comme autrefois à la conférence, le même accueil simple et spirituel, lorsqu'ils sont reçus aujourd'hui dans le cabinet du Doyen. Je lui adresse ainsi qu'à M. le Professeur agrégé MARGAROT qui le remplaça et dont je regrette de n'avoir pas pu être l'élève direct dans son service, le témoignage de mes sentiments de reconnaissance. Comment enfin ne pas citer le Docteur H. E. VINON, réorganisateur de notre bibliothèque et mainteneur des traditions de l'Internat d'autrefois...

Si je garde un souvenir respectueux et fidèle à tous mes maîtres de la Faculté et plus spécialement à M. le Professeur GILIS et à M. le Professeur VIALLETON, auprès des quels j'ai trouvé tant de bienveillante indulgence, c'est à mes maîtres dans les Hôpitaux que je dois surtout un tribut de reconnaissance. Comme externe ou comme interne, j'ai eu le privilège de passer dans de nombreux services, et partout j'ai été encouragé par une affectueuse bonté, et honoré par une confiante estime. J'aurais voulu en être digne, et profiter davantage des enseignements que j'ai reçus ! Mes sentiments de respectueuse affection et de profonde gratitude vont, à la mémoire du Professeur RAUZIER, aux professeuas VEDEL, RIMBAUD, DE ROUVILLE, TÉDENAT, aux professeurs agrégés V. RICHE, ETIENNE, GIRAUD. Je veux enfin dire mon attachement à celui dont j'aurais dû être l'élève, le professeur LEENHARDT qui, comme son vénéré père, s'est si souvent penché sur mon enfance, et a tant fait pour les miens.

A côté des maîtres, je dois aussi beaucoup à ceux auprès desquels j'ai vécu ces années d'étude et de travail hospitalier, à tous ceux qui m'ont témoigné confiance ou sympathie ; aux malades de nos hôpitaux qui sont souvent de vivantes leçons de résignation et de foi ; aux Sœurs de Saint Vincent-de-Paul, filles de la charité et de toutes les autres vertus chrétiennes. Je veux donner aussi une pensée affectueuse de regret à tous mes camarades de l'Internat, et à cette vie qui s'en va..... Comment enfin ne pas avoir présentes à l'esprit les grandes heures de la guerre ?. .. Je garde un souvenir fidèle à mes compagnons du 248e R. I., aux vivants et aux morts.

LES

TUMEURS GÉANTES NON SARCOMATEUSES

DU SEIN

D'autres fois la tumeur a envahi d'emblée toute la glande, et s'est accrue rapidement dans une proportion inquiétante, a atteint un volume considérable, et a fait craindre une tumeur de mauvaise nature, un sarcome à marche rapide. Nous avons étudié depuis trois ans, quatre très volumineuses tumeurs de ce genre dues à Lucas-Championnière et à Schwartz. Mes deux excellents collègues ont été fort étonnés lorsque je leur ai appris qu'il s'agissait de néoplasmes bénins.

V. CORNIL. — *Les Tumeurs du sein. Fibroadénomes végétants*, p. 83.

INTRODUCTION

Si on laisse de côté l'*Hypertrophie mammaire pseudo-éléphantiasique*, — affection habituellement bilatérale, que l'on peut avec DELBET et BAUMGARTNER, considérer comme une malformation, et que nous ne comprendrons pas dans le cadre de cette étude, — on peut dire qu'il est exceptionnel que les tumeurs du sein atteignent un énorme volume. Seuls, d'après les auteurs, les *Sarcomes* peuvent présenter des dimensions considérables, ce qui s'explique par leur rapidité d'évolution ; si bien qu'une très grosse tumeur mammaire, à accroissement rapide, avec distension de la peau, et sans retentissement ganglionnaire, éveille toujours dans l'esprit des cliniciens l'idée de sarcome. Nous

voudrions tenter de montrer ici, qu'il y a des exceptions à cette règle, et qu'il existe des tumeurs géantes non sarcomateuses du sein.

Le point de départ de ce travail a été le cas d'une jeune fille de 28 ans, que nous avons observé dans le service de notre maître M le Professeur FORGUE. Cette malade subit l'amputation du sein droit, pour une énorme tumeur, à développement très rapide, qui aurait pu par son allure clinique, en imposer pour du sarcome, et qui s'est révélée, histologiquement être un Fibro-adénome végétant, ne présentant aucun aspect de dégénérescence maligne.

Nous avons essayé de rapprocher de cette observation le plus grand nombre de cas que nous ayons pu trouver, et qui nous aient paru analogues.

On peut lire dans CORNIL (*Les Tumeurs du sein*, 1908) une phrase qui synthétise le sujet même de cette thèse et peut lui servir d'exergue :

« *D'autres fois la tumeur* (Fibro-adénome végétant) *a envahi d'emblée toute la glande, et s'est accrue rapidement dans une proportion inquiétante, a atteint un volume considérable, et a fait craindre une tumeur de mauvaise nature, un sarcome à marche rapide. Nous avons étudié depuis trois ans, quatre très volumineuses tumeurs de ce genre dues à Lucas-Championnière et à Schwartz. Deux d'entre elles avaient évolué en six mois. Mes deux excellents collègues ont été fort étonnés lorsque je leur ai appris qu'il s'agissait de néoplasmes bénins.* »

Mais CORNIL ne donne pas le détail de ces quatre observations, comme s'il estimait qu'il ne s'agit pas là de raretés. Cependant les classiques sont muets sur ce point. Dans la deuxième édition du « *Traité de Chirurgie* », BAUMGARTNER ne fait qu'allusion aux quatre cas de CORNIL et cite le cas de SENGENSSE de Bordeaux, rapporté par BINAUD et BRAQUEHAYE dans la première édition du même traité.

Dans cette mine si riche de documents, que constituent les « *Bulletins de la Société anatomique de Paris* », on ne trouve, de 1870 à nos jours que six cas pouvant se rapprocher du nôtre (Winokouroff, Calbet (1888), Bisch (1899), Brin et Papin (1902), Clément (1904), Rais (1909).

Labbé et Coÿne dans leur « *Traité des Tumeurs bénignes du sein* (1876) donnent en détail cinq observations de très volumineuses tumeurs à accroissement rapide. Dans les quarante dernières années, nous avons pu retrouver six observations publiées isolément en France : les cas de Heurteaux (1881), Malherbe (1885), Anger (1898), Rochard (1902), Guyot (1904), Pluyette (1917). Enfin nous avons pu nous procurer les publications de six auteurs étrangers (1) : Doran (1891), Finsterer (1906), Irving-Haynes (1906), Beatson (1908), Bonhoté Henderson (1909), Copello (1923).

Nos recherches bibliographiques ont été — un peu arbitrairement — arrêtées à 1870. En effet, si dans les années antérieures à cette date, le nombre des Tumeurs géantes du sein a probablement été considérable, il était à craindre que dans la majorité des cas, un examen histologique précis manquât, c'est pourquoi nous n'avons pas fait état de certains cas qui se trouvent dans les Leçons cliniques de Péan, ni de ceux rapportés dans le Traité de Velpeau, à l'exception de sa célèbre observation de *Tumeur adénoïde* de 20 kilogrammes qui, sur la foi de Billroth, paraît pouvoir entrer dans le cadre de ce travail.

Au total, de 1870 à nos jours, la littérature ne fait men-

---

(1) Nous n'avons pas pu nous procurer :

1. — Barton. — Large adenoma of the breast. (— Trans. Path. Soc. Philadelphie, 1885-87. T, XIII).
2. — Englander. — Ein Fall von einseitiger diffuser Brustdrusen hypertrophie bei einer Frau. (— Wien. Klin. Wochenschr. 1901. I. XIV).
3. — Rosso. — Volumineux adéno-fibrome du sein chez une jeune fille de 13 ans. (Soc. de méd. et climat. Nice, Avril 1920).

tion que de vingt-sept observations de Tumeurs bénignes du sein, ayant atteint un énorme développement. Ces cas seraient donc relativement rares. Mais on peut se demander si plus d'une tumeur semblable n'a pas été méconnue. — En recherchant toutes les tumeurs du sein de très gros volume enlevées chirurgicalement dans le service du Professeur Forgue, nous avons trouvé le cas d'une malade opérée d'une tumeur du poids de sept kilogrammes, pour laquelle le diagnostic de *sarcome* avait été porté cliniquement et considéré comme exact histologiquement. Actuellement, treize ans après son opération, cette femme est en parfaite santé, et de nouvelles préparations histologiques examinées après diverses colorations électives, peuvent être interprétées comme représentant du *Fibro-adénome péri et intracanaliculaire, avec stroma fibreux particulièrement dense, prenant en certains points, un aspect pseudo-sarcomateux.* Cette énorme tumeur était donc un faux sarcome, ainsi que contribue à le démontrer une guérison se maintenant depuis treize ans.

En partant de ces deux observations de tumeurs du sein, — dont le poids et l'aspect photographique prouvent qu'il n'est pas exagéré de les qualifier de « géantes, — et en en rapprochant vingt-sept observations recueillies dans la littérature, nous avons tenté d'écrire l'histoire des énormes tumeurs bénignes de la mamelle, mais nous sommes convaincu que, comme pour notre observation II, bien des tumeurs volumineuses diagnostiquées « sarcome » pourraient se révéler de nature bénigne à un examen plus attentif, et que si la mortalité est plus faible, les guérisons à distance plus longues, les métastases plus rares, dans le sarcome du sein que dans celui de tout autre organe, c'est qu'il existe de « *Faux sarcomes.* » D'autres recherches devront montrer si le groupe des sarcomes ne doit pas être démembré, en ce qui concerne la mamelle.

OBSERVATIONS

Observation personelle

(Service de M. le professeur Forgue)

A... Céline, ouvrière dans une usine de soieries à Ganges, 28 ans, célibataire, entrée le 16 février 1923, salle Dubreuil, n° 4.

Entre à l'hôpital pour énorme tumeur du sein droit, augmenté dans toute sa masse, provoquant de la gêne par son volume, et de la fatigue par son poids.

Il n'y a rien à signaler dans les antécédents de la malade. En dehors de petites maladies insignifiantes dans l'enfance, elle n'a jamais cessé d'être bien portante. Ses règles ont apparu à 13 ans et demi. Depuis elles ont toujours été régulières, non douloureuses, durant trois à quatre jours.

Les parents de la malade sont en bonne santé (le père a eu des crises cardiaques). Deux sœurs, plus jeunes, se portent bien. On ne connaît pas de membre de la famille qui ait jamais présenté de tumeur.

Le début de la maladie remonte à un an, époque à laquelle le sein droit a commencé à augmenter de volume, en même temps qu'apparaissait un lacis de veines bleuâtres.

Cependant, dès la puberté, le sein droit de la jeune fille avait été *plus dur,* et un peu plus volumineux que le sein gauche. Il était de consistance uniforme. La malade croit

pourtant que dans le cadran inféro-externe de l'organe se trouvait déjà une partie plus dense, mais mal limitée et peu nettement perceptible. Ce serait au dépens de cette portion externe de la glande qu'aurait commencé, il y a un an, l'augmentation de volume du sein, ce qui fait que, peu à peu, avec la progression de la tumeur, le mamelon a été reporté en dedans.

C'est très insensiblement — en dix mois — que la mamelle droite est devenue nettement plus volumineuse que la gauche. La malade n'y prêtait guère d'attention : jamais elle n'avait remarqué d'écoulement par le mamelon ; elle ne ressentait aucune douleur. A l'époque de ses règles, toutefois, elle avait une certaine sensation de tension, à laquelle ne correspondait du reste aucune augmentation de volume appréciable du sein.

Brusquement, il y a deux mois à peine, *le sein s'est mis à grossir dans d'énormes proportions.* En l'espace de deux semaines son volume doubla, et depuis il n'a pas cessé d'augmenter, sans que la malade ressente de douleurs à son niveau.

Dès le début de la croissance rapide de la tumeur, les téguments ont pris une teinte violacée et les veines superficielles sont devenues considérables. Il y a dix jours, à la partie inférieure la masse, est apparue une petite ulcération, peu douloureuse, qui laisse suinter une faible quantité de liquide sanguinolent.

L'entrée à l'hôpital a été décidé à la suite de l'apparition de cette ulcérations, qui serait survenue à la suite d'un choc sur la tumeur par la navette d'un métier à tisser. La malade avait, en effet, continué jusque-là son travail : elle ne se sentait pas affaiblie, avait bon appétit, n'avait pas maigri ; elle ne souffrait pas, à proprement parler ; cependant l'énorme volume de la tumeur la gênait beaucoup, et

Planche 1. — Photographie de la malade de l'Observation I

son poids considérable était cause d'une fatigue assez grande. Pour y remédier, elle s'était fabriqué une sorte de poche en toile, maintenue par une ceinture et par deux bretelles passant sur les épaules, qui formait une espèce de suspensoir soutenant le sein droit.

Examen. — La malade est une jeune fille d'assez grande taille, d'apparence robuste: le tein est coloré, il n'y a aucun signe d'amaigrissement.

Avant que la malade soit déshabillée, à première vue, l'attention est attirée par le développement considérable de la partie droite de la proitrine: à ce niveau, bombe sous les vêtements une tuméfaction volumineuse, arrondie, proéminente. Le thorax mis à nu, on constate que cette tuméfaction a pour siège le sein droit.

Le sein droit est occupé par une masse considérable qui descend, plus bas que l'épine iliaque antéro supérieure, jusqu'à deux travers de doigts au-dessous de la ligne ombilicale. Cette masse paraît surtout développée dans la partie supérieure de l'hémisphère externe de la glande, car le mamelon est reporté vers le bord inféro-interne de la masse. La surface est sillonnée de très volumineux sinus veineux, du volume, les uns du petit doigt, les autres d'une plume d'oie, et qui dessinent un réseau sous-cutané à très larges mailles. De plus, et surtout dans la moitié externe de la masse, la peau, très amincie, est sillonnée de varicosités tortueuses en fins réseaux. Sa coloration normale par places, est, en d'autres point, marbrée de plaques violacées. Malgré la distension énorme de cette peau qui paraît près d'éclater en plusieurs points, il n'y a qu'une ulcération de la grosseur d'une pièce de deux francs, située à la partie inférieure de la masse, et à peine quelques points croutelleux disséminés sur la face externe.

La tumeur est assez régulière, arrondie; cependant, elle

présente une bosselure plus marquée vers la partie interne, et une autre vers le pôle supéro-externe.

Dimensions. — Mesurée dans sa plus grande hauteur, la masse atteint 37 cm. Son diamètre transversal est de 46 cm.!

Palpation. — Dans les points où la peau n'est pas distendue au maximum, elle demeure mobile sur le plan sous-jacent.

La surface de la masse est un peu lobulée. Sa consistance n'est pas uniforme, et l'on trouve dans la partie externe une région dépressible. Ailleurs, elle est assez ferme et élastique; on n'y sent point de noyaux indurés. Le poids de la tumeur est considérable et s'exerce sur le large pédicule que représente la base de l'organe. La masse est assez mobile transversalement, moins verticalement, mais les mouvement qu'on lui imprime sont facilités par son large pédicule sans qu'on puisse se rendre compte si cette partie profonde de la tumeur n'adhère pas aux plans sous-jacents.

La palpation minutieuse de l'aisselle ne permet pas de déceler d'adénopathie.

Intervention le 20 février 1923, après quatre jours d'observation, pendant lesquels on a l'impression que la tumeur a nettement augmenté de volume. Anesthésie à l'éther, goutte à goutte.

Amputation large du sein (professeur Forgue). L'incision porte à 4 cm. des limites de la tumeur. En bas, elle empiète un peu sur l'abdomen; en haut, elle se recourbe jusque dans l'aisselle. Ablation de bas en haut, en un seul bloc de toute la masse et des plans musculaires jusqu'au gril costal. Curage de l'aisselle où l'on enlève quelques petits ganglions adhérents à la veine axillaire.

Suture cutanée aux crins de Florence. Etant donné

l'énormité de la masse enlevé, on ne peut fermer que les deux extrémités de la plaie, dont la partie moyenne cruentée représente un losange de 12 cm. sur 10 de côtés.

Suites opératoires. — Normales, en dépit d'un léger état de choc le premier soir. La température ne dépasse pas 37°5. Le pouls reste au-dessous de 100. Premier pansement le dix-neuvième jour, pour l'ablation des fils. Pansements à la pommade blanche du professeur Forgue, sur la surface cruentée qui bourgeonne et diminue insensiblement.

Le 30 mars: greffes d'Ollier-Thiersch, sur une surface bourgeonnante de 7 à 8 cm. de long sur 6 à 7 de large.

La malade sort entièrement cicatrisée le 20 avril, après avoir subi trois séance de radiothérapie pénétrante au niveau de la cicatrice.

Le 9 avril 1924, soit près de quatorze mois après l'opération, la malade a été revue.

La cicatrice est parfaite. A l'endroit où les greffes d'Ollier-Thiersch ont été faites, la peau, très fine, est appliquée directement sur le gril costal: elle est souple et suffisamment mobile. Une petite croutelle est visible en un point elle est consécutive à une petite éraillure de la cicatrice, due à un mouvement violent du bras, et que la malade a grattée. Il n'y a pas trace de récidive locale, ni aucun signe de métastase viscérale. La jeune fille est très satisfaite de son état de santé, elle travaille au métier à tisser sans fatigue. Elle pesait 58 kg. 500 à sa sortie de l'hôpital; elle pèse aujourd'hui 72 kg. 500.

Examen macroscopique de la pièce. — Le sein enlevé constitue une masse très volumineuse, du poids de 6 kilos 220 grammes. Toute la glande est occupée par la tumeur qui est nettement encapsulée. La peau, distendue, est mobile sur la capsule fibreuse qui entoure la masse et qui est

séparée de l'aponévrose du grand pectoral par des tractus assez lâches.

On pratique une coupe verticale médiane, passant par le mamelon, qui sectionne la tumeur en deux hémisphères. La surface de coupe est remarquable par ce fait qu'elle est absolument régulière d'aspect, d'une coloration uniformément jaune citrin et donne l'impression d'une gelée tremblotante. Cette masse gélatineuse laisse dégorger une grande quantité de liquide mucoïde. Lorsqu'une partie de cette sérosité a été étanchée, on peut voir que la surface de coupe, loin d'être régulière, présente une série de cavités comblées par des végétations irrégulières, de coloration blanc nacré. Mais cet aspect est incessamment masqué par la sérosité qui tend constamment à sourdre à la surface.

Après fixation dans du formol salé, la surface de coupe a un aspect bien différent : sa coloration est blanc grisâtre, elle présente des parties fibreuses denses, particulièrement marquées à la périphérie. Vers le centre, au contraire, on trouve des formations kystiques, parfois très considérables, ovalaires, plus rarement arrondies.

Enfin, la plus grande masse de la tumeur a un aspect feuilleté spécial, dû à une alternative de bandes fibreuses très minces, imbriquées et séparées entre elles par des espaces allongés formant de longues fentes très étroites.

Examen histologique (Tab. d'Anat. Path. : C-XV-77). — Des fragments multiples ont été prélevés en des points très différents de la tumeur.

Les coupes ont été faites : les unes après congélation, le plus grand nombre après inclusion à la parafine. Elles ont été colorées par les méthodes suivantes :

Hématéine-éosine-orange ; hématoxyline au fer Van Gieson ; picro-noir naphtol de Curtiss ; mucicarmin ; thio-

nine de Hoyer; orcéine; trichrome de Mallory. L'ensemble de ces préparations peut se ramener à deux types bien distincts, le plus grand nombre étant du type II.

1° Type I. — Une trame conjonctive, légèrement fibreuse, est parsemée de tubes glandulaires, coupés sous les incidences les plus variables, et dont l'aspect s'écarte, plus ou moins, de celui des tubes normaux. En certains points de la coupe, ils sont très rapprochés les uns des autres et réunis par des trousseaux fibreux qui s'entrecroisent dans toutes les directions. Les mailles de cette trame sont infiltrées de nombreux leucocytes, mononucléaires lymphocytes et macrophages. L'ensemble forme un îlot fibro-adénomateux très riche en éléments glandulaires, et dont les limites sont imprécises. — Les tubes glandulaires sont formés par des cellules épithéliales très tassées les unes contre les autres. Leur prolifération oblige parfois les éléments épithélianx à se disposer sur trois ou quatre couches, dont les noyaux sont très irrégulièrement superposés, mais ces cellules conservent une structure typique.

Autour des îlots fibro-adénomateux, le tissu conjonctif de nouvelle formation change d'aspect: ses fibres se disposent concentriquement autour des tubes glandulaires, constituant autour d'eux une gaine, souvent très large, qui débute au contact même de l'épithélium glandulaire, par une couche fortement collagène qui représente la « *membrana propria* » considérablement épaissie. Dans cette couche se trouvent de nombreux éléments élastiques mis en évidence par l'orcéine. Tout autour se disposent concentriquement des lamelles conjonctives d'une finesse extrême, dont l'affinité colorante basophile dénote une dégénérescence muqueuse des éléments collagènes. Ces formations conjonctives engainant des tubes ou des grou-

pes de tubes, sont réunies entre elles par de puissantes travées fibreuses qui ont résisté à la dégénérescence muqueuse. Celle-ci reste péritubulaire; elle est d'autant plus marquée que les cavités glandulaires qu'elle circonscrit sont plus grandes. En un point de la préparation, certaines de ces cavités sont très accusées, formant des micro-kystes qui, par des transitions insensibles, amènent aux grandes cavités qui sont la caractéristique des préparations du type II.

Il s'agit donc ici d'un Fibro-adénome tubuleux typique, avec légère dégénérescence muqueuse.

2° Type II. — A l'œil nu, déjà, les préparations de ce type montrent la nature micro-kystique de la tumeur. A un très faible grossissement permettant de voir l'ensemble de la coupe (fig. 2), on aperçoit une cavité très considérable dont la paroi est faite de tissu fibreux dense, fortement coloré le plus souvent, et dont la lumière est presque entièrement comblée par d'énormes végétations, *en forme de feuilles,* largement étalées, séparées entr'elles par des fentes sinueuses qui les découpent en élégantes ramifications. Ces masses foliacées sont, en général, très faiblement colorées, mais sur une préparation à l'hématéine-éosine, il y a, suivant les points, de très grandes variations de coloration.

A un plus fort grossissement, la structure de la coupe apparaît comme fondamentalement la même que dans les zones du type I, où la « *membrana propria* » des tubes glandulaires s'entourait d'une gaine épaisse de tissu conjonctif en dégénérescence muqueuse. Mais ici, la dilatation kystique est devenue énorme et a donné lieu à des cavités très considérables, par suite d'une prolifération active de l'épithélium, qui persiste, en certains points, sous la forme d'une couche de cellules plus ou moins applaties, qui, en

d'autres points, ont été en grandes partie arrachées au cours des manipulations.

La lumière de ces cavités est le plus souvent réduite à l'état de cavité virtuelle, par suite du développement énorme que prennent des bourgeons issus des parois, faisant hernie dans la lumière et s'y ramifiant en végétations arrondies ou découpées. A un examen superficiel, les bords de ces bourgeons paraissent dépourvus de revêtement épithélial, mais lorsque l'on y prête attention, on découvre, particulièrement à l'extrémité des incisures, un épithélium régulier, desquamé en certains endroits, et qui, en d'autres, est arraché par lambeaux. Les végétations sont constituées par un tissu conjonctif d'une délicatesse extrême, formé par un réseau de cellules conjonctives étoilées, anastomosées par leurs prolongements, donnant à cette trame l'aspect d'un pseudomyxome. Les mailles de cette trame sont infiltrées d'une sérosité légèrement basophile, d'aspect mucinoïde, qui se teint légèrement par l'hématoxyline, à la façon de certains mucus. La nature muqueuse de ce liquide est confirmée sur des coupes colorées à la thionine de Hoyer, où l'on voit dans l'interstice des fibres colorés en bleu, un coagulum rougeâtre dû à la coagulation du liquide interstitiel plus ou moins chargé de mucine.

Au sein de ce tissu conjonctif, se trouvent de nombreux capillaires à parois minces, qui se rompent par place et donnent lieu à des suffusions sanguines.

Partout, enfin, dans les végétations intrakystiques, comme dans les travées fibreuses qui courent entre les cavités, on trouve une infiltration de leucocytes particulièrement nombreux en certains points.

Il s'agit donc ici d'un FIBRO-ADÉNOME VÉGÉTANT INTRACANALICULAIRE, avec dégénérescence MYXOMATEUSE, ce qui correspond au « CYSTOSARCOMA PHYLLODES DE MULLER », de la nomenclature allemande.

3° *Ganglions.* — L'examen histologique des ganglions ne révèle que des lésions banales inflammatoires.

Observation II

B. L..., veuve S..., 55 ans, concierge aux forges de Tamaris (Gard). Salle Dubreuil, n° 10.

Entrée le 31 octobre 1911, pour énorme tumeur du sein droit.

Rien à signaler au point de vue des antécédents héréditaires de la malade. Elle même a toujours étée en bonne santé. Réglée à 13 ans, elle a cessé de l'être depuis 3 ans. Elle a eu 3 enfants qu'elle a allaités.

Le début de la maladie remonterait à 10 ans. La malade donnait le sein à son dernier enfant, une fillette de 18 mois qui mourut à la suite d'une chute; après la cessation brusque de l'allaitement, la mère s'aperçut de l'existence d'une petite tumeur arrondie, de la grosseur d'une noisette, dans l'hémisphère interne du sein droit.

Non douloureuse, très mobile, roulant sous le doigt comme une bille, cette petite tumeur ne préoccupa nullement la malade, qui ne prit même pas garde à une augmentation de volume qui ne tarda pas à se produire. Le petit noyau dur et arrondi du début, atteignit la grosseur d'une noix, puis d'une mandarine, mais d'une façon insensible. Environ quatre ans après le début, la femme remarqua qu'un écoulement séro-sanguinolent se faisait par le mamelon, mais cet écoulement très intermittent était toujours très peu abondant, maculant à peine le linge de quelques petites taches. Les années passèrent, sans amener de changement évident dans l'état de la malade; les petites hémorragies par le mamelon se reproduisaient de temps en temps, et le volume de la tumeur augmentait insensiblement, sans accroissement par poussées subites, sans tumé-

Planche 2. — Photographie de la malade de l'Observation II

bosselures très amincie, d'un rouge violacé, prête à se rompre. Sur quatre points l'amincissement était tel, qu'une ulcération superficielle rougeatre, légèrement hémorragique s'est faite. La plus vaste, large comme la paume de la main, est située dans la partie la plus interne de la tumeur, surmontant le sein gauche. Les trois autres, grandes comme une pièce de 5 francs environ, se trouvent: deux côte à côte, au-dessus du mamelon situé dans la portion inférieure et médiane de la masse, la troisième, plus haut et en dehors.

A la *palpation,* la peau paraît adhérente, mais c'est sa distension seule qui l'empêche de glisser sur le plan sous-jacent.

Le mamelon un peu étalé n'est pas rétracté. La consistance de la masse n'est pas uniforme: au niveau des bosselures violacées elle est molle, comme fluctuante; ailleurs au contraire on a une sensation de fermeté, de tension pleine. Les bords des ulcérations sont amincis et légèrement décollables lorsqu'on les soulève avec un stylet. Le fonds rouge, formé de bourgeons charnus saignant facilemen t au contact, tend à faire saillie au dehors.

Il n'y a pas d'adénopathie palpable dans l'aisselle.

Intervention: le 8 novembre 1911 (professeur Forgue).

Anesthésie à l'éther goutte à goutte. Ablation large de la tumeur circonscrite par une incison ovalaire. Une partie du muscle grand pectoral est enlevé en même temps. L'exploration de l'aisselle ne permet pas d'y découvrir de ganglions. Hémostase, drainage, suture de la peau aux crins de Florence; on ne peut pas réunir complètement.

Suites opératoires excellentes, sans température. Le drain est enlevé le cinquième jour. les fils le quinzième. La malade demande à rentrer chez elle bien que la cicatrisation ne soit pas tout à fait complète. Il reste une petite

surface cruentée de deux à trois centimètres carrés, là où il a été impossible de suturer. Sortie le 25 novembre.

Le 23 avril 1923, dix ans et six mois après l'intervention, l' opérée nous écrit qu'elle se porte parfaitement bien, l'opération a été radicale, elle n'a rien à signaler du côté de sa cicatrice; sa santé est très bonne; elle mène une vie très active, sans avoir ni essouflements ni fatigue.

L'examen macroscopique de la pièce n'est pas relaté dans l'observation. Seul, son poids est mentionn é: elle pesait 7 kilos 500!

Examen histologique: (lab. d'Anat. Path.: C: IX-175). — Trois fragments de la tumeur avaient été envoyés au laboratoire d'anatomie pathologique qui avait répondu qu'il s'agissait d'un adéno-fibro-sarcome.

Avec les trois blocs conservés au laboratoire sous le numéro c-ix-175, il a été possible de faire de nouvelles coupes qui, après coloration par diversese méthodes (picro-noir-naphtol de Curtiss, mucicarmin, trichromes de Mallory, orcéine) peuvent s'interpréter de la façon suivante.

Il existe dans la tumeur deux faciès très différents:

I. *Type I.* — A un faible grossissement, la tumeur apparaît criblée d'orifices qui ne sont autres que des cavités glandulaires plus ou moins dilatées, noyées dans une gangue fibreuse, d'une densité extrême, et qui apparaît — sur une coupe colorée par l'hématéine-éosine, — ponctuée de grains violets très fins dénotant une richesse considérable en noyaux.

Ces cavités tantôt de forme arrondie, quand le canal est sectionné en travers, tantôt de forme tubulée, plus ou moin sinueux, lors qu'il est sectionné en long, deviennent irrégulières du fait que la section passe au niveau du point d'abouchement d'un canal de fin calibre , dans un canal de dimension plus considérable. D'autres fois, l'irrégula-

rité de la cavité tient au bourgeonnement de la paroi fibreuse à l'intérieur de la lumière, ce qui permet de classer cette tumeur parmi les FIBROADÉNOMES INTRACANALICULAIRES.

A un plus fort grossissement, les cavités apparaissent revêtues d'un épithélium à une, deux, ou trois couches, qui desquament par place, ce qui paraît être le résultat des traumatismes subits par la pièce au cours de la préparation. Ces cellules épithéliales ont conservé leur aspect typique et des noyaux parfaitement conformés.

Le stroma conjonctif est constitué par un tissu très dense, d'aspect franchement fibreux, en certains points où les faisceaux collagènes se disposent en lames puissantes, concentriquement aux tubes hypertrophiés, dans leur voisinage immédiat. A distance, ces lames forment des tourbillons passant d'un groupe glandulaire à l'autre. Dans les intervalles, on aperçoit encore quelques cellules adipeuses, derniers vestiges du tissu interstitiel normal de la glande mammaire. En certains points les fibroblastes sont particulièrement abondants et donnent un aspect spécial au stroma qui rappelle alors celui de la masse fibreuse qui constitue à elle seule, la presque totalité de la néoplasie dans les préparations du type II.

II. — *Type II.* — Ici, la disparition des tubes glandulaires est totale. Peut-être faut-il en voir les derniers vestiges dans certaines cavités de faibles dimensions qui, distendues par le liquide interstitiel, gardent une forme arrondie, et sont entourrées d'une mince lame conjonctive finement fibrillaire rappelant la *membrana propria* des tubes galactophores.

Cependant, la texture de la tumeur est celle d'un FIBROME, qui offre ceci de particulier que, en nombre de points de son étendue, les noyaux des fibroblastes appa-

raissent considérablement serrés, et dessinent des tourbillons rappelant des figures telles que l'on en voit dans certains SARCOMES FUSOCELLULAIRES. Ce semis de noyaux est loin d'être homogène, et, en certains points, certains d'entre eux atteignent des dimensions qui arrivent à égaler le double ou le triple de la majorité des autres noyaux. On relève aussi des amas plus considérables et plus irréguliers de chromatine, qui font penser à des noyaux monstrueux; mais qui, étudiés avec de forts objectifs, apparaissent comme un agrégat de cinq ou six noyaux, provenant de la multiplication amitotique d'un de ces noyaux conjonctifs. Il faut noter, en outre, qu'il existe une trame collagène très dense et très riche en fibrilles, bien mises en évidence par les trichromes et le picro-noir-naphtol de Curtiss. Enfin, le nombre considérable de vaisseaux est à remarquer. Mais la gangue fibreuse s'épaissit autour d'eux, pour leur former une gaine périthéliale collagène épaisse. (Sur les préparations traitées par l'orcéine, on voit qu'il s'agit bien de capillaires et non de ramifications artérielles, car aucune fibre élastique n'est visible dans la gaine du vaisseau.)

Ainsi ce tissu qui, à première vue, en impose pour du sarcome, présente à un examen minutieux une série de lésions paraissant entrer dans le cadre des hypertrophies et des hyperplasies inflammatoires..

OBSERVATION III

Velpeau (1853, obs. XCI)

Femme de 51 ans. Apparition de la tumeur à la mamelle gauche il y a quatre ans. Deux ans plus tard, cessation des règles. Volume des deux poings l'année dernière; tumeur irrégulière à sa surface, indolente, sans rétraction du mamelon, mobile. Adénoïde

ou hypertrophique. La malade refuse l'opération. Depuis, accroissement rapide. Sentiment de pesanteur.

Etat actuel. — Tumeur à bosselures de volume et de consistance variables. Collections partielles et bien circonscrites de liquide. Base solide. Peau amincie, violacée, sillonnée de grosses veines. Petites exulcérations en bas et en dehors. Grand diamètre vertical, 36 cm.; grand diamètre transversal, 30 cm.; circonférence à la base, 75 à 80 cm.; circonférence à un décimètre au-dessus de la base, 1 cm 20. Pédicule s'étendant de la deuxième à la septième côte, de la partie latérale gauche du sternum à l'angle postérieur des côtes. Saillie de 20 cm. sur le plan du thorax.

Une ulcération s'établit en haut et en dehors: issue de liquide séro-purulent.

Par deux ponctions on évacue 3 litres environ de liquide: sorte d'anfractuosités, détritus, portions sphacélées. Mort le 22 octobre.

Au microscope: culs-de-sacs glandulaires à noyaux d'épithélium. La tumeur, montrée à l'Académie, pèse encore 12 k. 150. En tout elle pesait 20 kilogrammes et offre d'ailleurs à l'œil nu tous les caractères des adénoïdes, d'une adénoïde creusée d'énormes cavernes, ou séreuses ou putrilagineuses (1).

Observation IV

Pean (1870)

Femme de 67 ans, présentant une énorme tumeur du sein droit, qui, depuis six mois, avait acquis de telles dimensions qu'elle retombait devant les cuisses. La malade était obligée de se coucher sur le côté pour ne pas être étouffée par le poids de la tumeur; pendant la marche elle portait un sac à bretelles. Les veines sous-cutanées étaient très développées. La peau n'était pas adhérente, mais dans le tissu cellulaire sous-cutané existait un œdème assez prononcé. Au milieu des tissus de consistance fibroïde dont était composée la tumeur, on sentait des parties fluctuantes correspondant à des cavités kystiques.

Ablation avec pinces hémostatiques. Réunion par première intention.

Un an après, récidive à une des extrémités de la cicatrice. Ablation.

---

(1) Billroth reproduit cette observation, et la range parmi les cysto-sarcomes bien que pour Velpeau, il s'agisse d'une tumeur adénoïde.

La tumeur pesait 10 kilogrammes. Elle était composée par du tissu acineux hypertrophié, mélangé à du tissu fibro-plastique de la variété fibroïde et à du myxome. Il y avait, en outre, de nombreuses cavités kystiques.

Observation V

Péan. (Rés.)

Femme de 40 ans.

A 20 ans, la malade avait déjà le sein gauche très volumineux. Il n'a pas cessé de grossir progressivement depuis.

Examen. — Le sein gauche forme une énorme masse de 63 cm. de circonférence. Sa base est plus mince et lui forme une sorte de pédicule. Son pôle inférieur arrive presque à l'épine iliaque antéro-supérieure. La peau est entièrement saine. Dans la profondeur la masse est dure. Elle est mobile sur les plans profonds. C'est son poids seulement qui incommode la malade. Le sein droit est volumineux, mais, depuis 20 ans, il n'a pas augmenté de volume.

Amputation du sein le 2 mars 1892. Guérison.

La masse enlevée pèse 3 kilogrammes.

Examen histologique. — Hypertrophie fibreuse avec très peu de tissu glandulaire. Fibrome simple ou adénofibrome.

Observation VI

Desprès, in Labbé et Coyne. (Obs. III. Rés.)

Vieille fille de 68 ans.

Début de la tumeur, il y a quatre ans. De temps à autre, quelques élancements.

Examen. — Le sein gauche est remplacé par une énorme tumeur, mobile en masse et ayant tendance à tomber sur l'abdomen. D'une forme légèrement conique, elle présente à la base une circonférence de 0 m. 65 et de la base au sommet une hauteur de 0 m. 26. La tumeur est ferme, offre une résistance élastique à la pression, qui réveille peu de douleurs. La surface n'est pas régulièrement lisse, elle est légèrement lobulée. De grosses veines sous-cutanées la sillonnent. La peau glisse sur elle et ne présente pas

traces d'inflammation, si ce n'est vers le point le plus saillant, qui est le siège d'une assez vaste ulcération et sur le pourtour de laquelle seulement la peau était légèrement adhérente. La peau, toutefois, était amincie et comme distendue, sans nodules suspects et sans offrir une apparence chagrinée. La plaie fongueuse, anfractueuse, laisse écouler une sanie infecte ; elle est creusée jusque vers le centre de la tumeur, qui semble se gangrener. Parfois des hémorragies surviennent mais s'arrêtent vite et spontanément. Les ganglions axillaires ne sont pas hypertrophiés. Pas de signes de cachexie.

Opération le 23 octobre 1873. La présence d'une bourse séreuse accidentelle formée en arrière de la tumeur facilité l'ablation. Guérison au quarantième jour.

Examen de la tumeur. — Poids : 8 livres.

Le tissu est résistant : il offre à la coupe un aspect lisse, pâle, d'un blanc grisâtre ; la pression faisait sourdre peu de suc. Çà et là, quelques conduits canaliculaires de la dimension d'une plume de corbeau. La tumeur est sillonnée par d'immenses lacunes anfractueuses, contenant des masses lobulées qui y proéminent ; ces lacunes sont humectées par un liquide gélatineux jaunâtre.

Examen histologique (Troisier et Coyne). — La tumeur est constituée par une accumulation de cellules fusiformes, adossées les unes aux autres et formant des faisceaux qui s'entrecroisent. Dans ce tissu fondamental on trouve des lacunes variables de forme et comme dimension, tapissées de plusieurs couches d'épithélium cylindrique.

Il s'agit donc d'un énorme *fibrome lacunaire* du sein.

Observation VII

Labbé et Coyne (Obs. V, rés.)

Femme de 58 ans, de fort embonpoint. Tumeur du sein droit depuis deux ans, arrondie, mobile, située dans la partie supéro-interne de la glande. Grosse comme un œuf de poule jusque-là, la tumeur a brusquement grossi, il y a quatre mois. Dans les dernières semaines, l'accroissement a été extrêmement rapide, s'accompagnant de douleurs assez vives s'irradiant dans le bras.

Examen. — Le sein droit a un volume double de celui du sein gauche. Le mamelon, enfoncé, est entouré, en dedans, en haut et en dehors, par une masse très grosse, bosselée, glissant facilement sous la peau et sur le grand pectoral.

La bosselure situé au-dessus du mamelon est fluctuante. Les veines sous-cutanées sont très développées. Pas de ganglions axillaires.

Le 28 janvier 1873, amputation du sein. Deux ans après, il n'y avait pas de récidive.

Examen de la pièce. — La portion supéro-externe de la glande est occupée par la tumeur qui est formée de deux masses. L'interne, du volume d'une tête fœtale est déformée par des saillies arrondies, répondant à des cavités kystiques. Ces kystes, variables de volume, communiquent par des orifices étroits masqués par des végétations polypeuses, qui remplissent les cavités avec un liquide couleur chocolat.

Examen microscopique. — 1° Des coupes portant sur les masses lobulaires paraissant pleine, montrent:

a) Des fentes lacunaires, de forme irrégulière, quelquefois digitées, tapissées sur leur limite interne par un épithélium cylindrique. Dans quelques-unes de ces lacunes ont voit proéminer des végétations très mal délimitées.

b) La capsule d'enveloppe est formée par des tissus conjonctifs fibreux, dont les faisceaux parallèles ondulés sont très reconnaissables, bien que la couche des éléments cellulaires y soit plus considérable qu'à l'état normal.

c) Dans le centre de la masse, le tissu entourant les lacunes est constitué surtout par des tissus embryonnaires; les faisceaux du tissu conjontif ont disparu. Dans des points intermédiaires, on retrouve des îlots de tissu myxomateux. Des éléments embryonnaires arrondis sont accumulés à la périphérie de la membrane limitante des lacunes. Les vaisseaux capillaires sont très développés dans le tissu des végétations qui limitent les espaces lacunaires. Ces vaisseaux ont tous des parois embryonnaires, autour desquelles sont accumulés des éléments cellulaires arrondis.

2° Au niveau des grandes cavités on constate:

a) L'épithélium qui recouvrait les végétations est desquamé, et ne se retrouve que dans les dépressions interfoliacées.

b) Le tissu de ces végétations est formé surtout d'éléments myxomateux réticulés, dans lesquels l'élément vasculaire est très développé. Par place, les vaisseaux forment de véritables lacunes, analogues à celles d'un angiome caverneux, et dans certains points cette altération myxomateuse arrive jusqu'à la périphérie de la végétation. Elle n'est séparée de la cavité kystique que par une mince lamelle de tissu conjonctif, en partie embryonnaire. Les lacunes vasculaires et tous les vaisseaux sont bourrés d'hématies.

Il s'agit donc d'un *fibrome myxomateux lacunaire* avec altération télangiectasique de quelques-unes des végétations intra-kystiques.

Observation VIII

Labbé et Coyne (Obs. XI, rés.)

Femme de 40 ans, présentant une augmentation du volume du sein depuis un an, époque où elle allaitait.

Examen. — Le sein gauche présente un volume double de celui du sein droit. La glande est prise en masse; elle est dure; la peau est épaissie et sillonnée d'énormes veines; il n'y a pas d'état cachectique; on ne trouve pas de ganglions axillaires engorgés. Ablation.

Examen macroscopique. — Infiltration de toute la glande par une hyperplasie considérable du tissu conjonctif.

Examen histologique (Coyne). — Hyperplasie conjonctive de la charpente fibreuse, avec infiltration considérable d'éléments jeunes. Les parties glandulaires sont respectées; nulle part on ne trouve d'alvéoles cancéreuses.

Observation IX

Labbé et Coyne. (Obs. XII. Rés.)

Femme de 30 ans, ayant eu trois enfants. Il y a six ans, a constaté une tumeur de la grosseur d'une amande dans la partie externe du sein droit. Longtemps stationnaire et non influencée par une grossesse, la tumeur s'est rapidement accrue depuis six mois.

Etat actuel. — Volumineuse tumeur, du volume d'une tête

fœtale à terme, située à la partie supéro-externe du seine ; élle est lourde, sa surface est bosselée, présentant deux saillies particulièrement marquées, avec des parties fluctuantes. La peau est distendue et très vascularisée par suite d'un développement veineux considérable ; elle est saine et mobile.

Amputation du sein.

Examen macroscopique. — La partie externe de la glande mammaire est occupée par la tumeur. Une capsule fibreuse entoure la tumeur et la glande. A la coupe, la tumeur présente deux grandes cavités kystiques à contenu séro-hématique. On y trouve des végétations volumineuses. A côté de ces deux grands kystes on trouve une série de cavités variant du volume d'une amande à celui d'un grain de maïs, et remplies de végétations polypiformes ressemblant à des feuilles de chêne. La réunion de plusieurs de ces cavités forme un conduit aboutissant à la base du mamelon.

Examen microscopique. — Le tissu fondamental des végétations, soit des parois des kystes, est du tissu conjonctif en pleine activité de formation. Les vaisseaux capillaires, bien que très développés, ne présentent pas de parois embryonnaires. En certains points ce tissu a subi l'altération myxomateuse. Les éléments glandulaires présentent des aspects variables : ce sont tantôt des culs-de-sac allongés et dilatés, tantôt des lacunes anfractueuses dont l'épithélium est devenu cylindrique, tantôt des formations kystiques avec végétations intérieures. L'épithélium qui tapisse les parois de ces différentes lacunes ne présente pas de proliférations anormales.

Il s'agit donc d'un *fibrome endo et surtout péricanaliculaire.*

Observation X

Labbé et Coyne (Obs XIV, rés.)
(Observ. du Dr Notta, de Lisieux)

Femme de 52 ans, ayant eu six enfants. Ménopausée depuis sept ans. Il y a 25 ans, la malade nourrissant son troisième enfant, apparut une tumeur de la grosseur d'une noix dans le sein droit. Il y a une quinzaine d'année, la tumeur avait acquis le volume d'une orange et était restée stationnaire depuis. Enfin, il y a un

an, elle a recommencé à grossir, pour atteindre actuellement le volume « d'un chapeau ». Elle est bosselée, dure, sans adhérences aux parties profondes et a la peau qui est amincie et couverte d'arborisations vasculaires. Pas d'engorgement ganglionnaire ; l'état général est excellent. La tumeur est douloureuse et gênante par son poids. Ablation de la tumeur, facilement énucléée. La glande mammaire est conservée.

Sept mois après, la malade remarqua au niveau de la cicatrice une petite grosseur du volume d'une noix, qui augmenta très rapidement pour atteindre, trois mois après, la grosseur d'une tête de nouveau-né. Elle n'a plus augmenté depuis et l'état général est excellent : la malade refuse de se laisser opérer à nouveau.

Examen mascroscopique. — La tumeur enlevée dépasse la grosseur d'une tête d'adulte. Elle pèse 2.500 grammes, sa surface, très bosselée, est recouverte d'une enveloppe fibreuse, de grosses veines dilatés la sillonnent, contenues dans un dédoublement de cette capsule. Sur une coupe on trouve une série de cavités kystiques communiquant entre elles, à parois épaisses, et remplies d'énormes végétations irrégulières, dont quelques-unes sont calcifiées.

Examen miscroscopique. — Au niveau de la bosselures formée de tissu scléreux on ne trouve que du tissu conjonctif ancien, d'aspect fibroïde. Dans la portion renfermant des lacunes anfractueuses, le tissu des parois et des végétations qui y proéminent, est constitué par du tissu conjonctif fasciculé, à faisceaux entrecoisésé. Les parties ganglionnaires ont disparu : au niveau de quelques points isolées des végétations, on retrouve des lacunes secondaires, seuls vestiges reconnaissables de parties glandulaires disparues.

Il s'agit donc d'une fibrome lacunaire volumineux. La récidive, qui n'a pas été opérée, paraît être de même nature, cliniquement. Elle s'est probablement développée aux dépens de la portion de la glande mammaire laissée en place.

Observation XI

Heurteaux, 1881. (Soc. Anat. de Nantes)

Enorme tumeur de la mamelle présentant de grosses végétations en chou-fleur. Le reste de la masse est formé par un tissu blanc, analogue à celui des tumeurs bénignes du sein. Le tissu de

la tumeur est en certains points presque totalement embryonnaire. Il est constitué en ces points par des celulles fusiformes de petit volume, accolées les unes aux autres. Dans d'autres points il devient plus fibreux. Par places, le tissu fibreux est parsemé de petits éléments embryonnaires arrondis. Ailleurs, il est assez dense et il présente l'aspect ordinaire du tissu des fibromes mammaires, c'est-à-dire un tissu à fibrilles fixes, serrées les unes contre les autres, avec interposition de cellules fusiformes plus ou moins nombreuses, suivant que le degré d'évolution du tissu le rapproche plus ou moins du tissu embryonnaire. Les lacunes du tissu, ainsi que les végétations, sont partout tapissées de petites cellules prismatiques, comme c'est la règle dans le *fibrome mammaire.*

Pièce remarquable par son volume et le développement anormal des végétations qui atteignent les dimensions du poing.

Observation XII

A. Malherbe, 1885

Femme de 60 ans, présentant une tumeur du sein ayant débuté il y a un an, formant une très grosse masse bosselée, indolente. Pas d'adénopathie axillaire. Ablation.

A la coupe, la tumeur est enkystée, et constituée par des lobes séparés par des espaces lacunaires où pénètrent de nombreuses végétations qui donnent à la pièce un aspect de chou-fleur, et qui sont, tantôt fibroïdes, tantôt muqueuses.

Histologiquement. — Fibrome de la mamelle avec parties myxomateuses. Le tissu fibreux se présente sous forme de faisceaux ondulés, assez serrés et peu colorables par le carmin. Entre ces faisceaux, on voit de nombreuses cellules fusiformes, qui, en certains points, sont assez abondantes pour donner un certain aspect sarcomateux à la préparation. Au niveau des végétations intrakystiques, on voit des fibrilles du tissu se disposer de manière à tomber perpendiculairement sur la membrane fibreuse qui supporte l'épithélium de revêtement. Lorsque le tissu a subi la dégénérescence muqueuse on peut trouver: ou bien du myxome à cellules étoilées, ou bien des amas cellulaires au milieu d'une substance muqueuse grenue, dont les fibres ont à peu près dis-

paru. L'épithélium de revêtement des cavités lacunaires et des végétations est prismatique et a conservé le type normal. Cependant il devient stratifié par places, ce qui indique un certain excès de prolifération. La tumeur est très pauvre en vaisseaux.

Ce fibrome végétant nous paraît répondre au « *Cystosarcoma phyllodes de Müller* ».

Observation XIII

Wino kouroff (Société Anatomique, 1888). Rés.

Jeune fille de 13 ans 1/2. Sans antécédents. Réglée pour la première fois il y a six mois; puis, les règles n'ont plus reparu. Depuis quinze mois déjà le développement du sein gauche était plus marqué que celui du sein droit. Il y a six mois, il a commencé à augmenter beaucoup, sans douleurs. Il y a un mois, il était trois fois plus gros que le sein droit. L'état général est très bon.

Le sein gauche est le siège d'une tumeur dure, à grosses bosselures, du volume de deux gros poings, indépendante des plans sous-jacents. La peau n'est pas ulcérée, elle est légèrement violacée et sillonnée de grosses veines. Le mamelon est étalé. Pas d'adénopathies.

Diagnostic porté: sarcome du sein.

Amputation large du sein (Marc Sée).

Examen histologique (M. Dubar). — On constate sur les coupes du tissu fibreux en grande abondance, au milieu de ce tissu, des canaux galactophores déformés, tapissés par un épithélium à cellules cylindriques. Il s'agit d'un *fibrome lacunaire.*

Observation XIV

B. Calbet (Société Anatomique, 1888). R

Femme de 53 ans, sans antécédents pathologiques et n'ayant pas eu d'enfants. Dix-huit ans auparavant avait éprouvé dans le sein droit quelques douleurs vagues qui ont persisté depuis par intermittence, sans aucun changement appréciable du côté de la mamelle. Il y a dix mois, les douleurs ont reparu et la malade observa une tuméfaction dure, douloureuse, généralisée à toute

la partie du sein droit située au-dessus du mamelon. A chaque menstruation, augmentation des douleurs sans accentuation appréciable de la tumeur. Il y a deux mois, la ménopause est survenue, et la tumeur a subitement augmenté de volume. En huit jours elle a acquis le volume actuel. La peau, distendue, est devenue luisante et rosée. Il y a quinze jours, au-dessus du mamelon, au point le plus saillant de la tumeur, il s'est formé une ulcération par laquelle fait saillie un amas de bourgeons qui ont donné lieu, il y a huit jours, à une hémorragie importante.

Examen. — Le sein droit est plus volumineux qu'une tête d'adulte, il est rattaché à la poitrine par une portion rétrécie. Le mamelon est rejeté à la partie inférieure de la tumeur. La peau est lisse, amincie, rosée, parcourue par de gros cordons veineux sous-cutanés. Elle adhère aux parties dans la moitié supérieure de la tumeur. L'ulcération est grande comme une pièce de deux francs, à bords lisses, amincis. Elle est surmontée d'une masse de bourgeons fongueux.

La consistance de la tumeur est inégale, dure et régulière à la partie inférieure, ramollie et fluctuante en d'autre points, où la tumeur est bosselée. Il n'y a aucune adhérence avec les plans profonds. La mobilité persiste, quand on fait contracter le grand pectoral. Il n'y a pas d'adénopathie perceptible.

La malade n'a pas maigri, elle a bon appétit, mais elle est pâle et anémiée. Elle présente, en outre, un myome utérin.

Amputation du sein avec curage axillaire (Kirmisson), le diagnostic porté étant cysto-sarcome du sein.

Examen macroscopique. — La tumeur est formée d'une masse grisâtre, dure, creusée de cavités kystiques, dont la surface blanchâtre est, soit lisse, soit bourgeonnante. Elles contiennent un liquide verdâtre, filant.

Examen histologique (M. Brault). — Il n'y a pas d'envahissement véritable de la peau par la tumeur qui est constituée par un fibrome végétant; les végétations les plus superficielles arrivent jusqu'au niveau du derme et le soulèvent par place. Chacune de ces végétations est tapissée par une seule couche d'épithélium cubique. Nulle part il n'y a d'effondrement des tubes glandulaires, le revêtement épithélial est continu, en dehors de lui existe une membrane basale anhiste. Les végétations fibreuses sont denses dans leur partie profonde, plus déliées et remplies d'élé-

ments jeunes dans les prolongements les plus récemment développés. Un grand nombre de tubes glandulaires sont dilatés et remplis de mucus. Les ganglions trouvés dans l'aiselle ne présentent que des lésions d'adénite simple.

Il s'agit donc d'un *adéno-fibrome végétant*, chaque végétation étant recouverte d'un revêtement épithélial régulier, l'expression de sarcome serait inexacte; pour une raison analogue, la tumeur ne doit pas être dénommée épithélioma kystique.

Observation XV

Doran, 1891. Soc. Path. Londres. (Rés.)

Femme de 69 ans, en bonne santé.

La tumeur a débuté il y a quatre ans et demi. Elle a grossi très rapidement les derniers temps. Elle forme une énorme masse qui déplace et soulève le sein gauche, au point qu'il se trouve au devant de la clavicule. Surface irrégulière. Réseau de grosses veines sous-cutanées, formant à la partie inférieure des paquets variqueux. Peau violacée, mais non adhérente. Mamelon aplati. Pas de ganglions axillaires. Le sein droit est atrophié. Ablation. Guérison. Deux mois après, mort de hernie étranglée. Autopsie: pas trace de métastases. La tumeur pesait 3 k. 820. Elle était de consistance ferme. Il y a un grand nombre de kystes plus ou moins complètement comblés par des végétations foliacées.

Au microscope, on voit que ces cavités kystiques sont des conduits secréteurs dilatés. La substance de la tumeur est formée de tissu conjonctif plus ou moins dense.

Observation XVI

B. Sengensse, 1896 (Rés.

Femme de 40 ans, ayant eu une seule grossesse à 22 ans et n'ayant pas allaité.

En mars 1893, une tumeur, du volume d'une noix, apparaît à la partie supéro-externe du sein droit. Elle grossit d'abord lentement, puis beaucoup plus rapidement. Elle perdit sa forme primitive, s'aplatit et parut se confondre avec la glande. Malgré la rapidité de l'évolution, il n'y a jamais eu de douleurs, l'état géné-

ral de la malade est resté bon. Il n'y a jamais eu d'écoulement par le mamelon. Aucun trouble de la menstruation. La malade ne se résigne à l'opération qu'en raison du poids et des proportions monstrueuses de la tumeur.

Examen. — Le sein droit constitue un globe assez nettement arrondi, présentant une aréole de dimensions considérables (12 cm. de diamètre). Le mamelon normal et l'aréole se trouvent situés au-dessous d'une ligne qui couperait la tumeur en deux hémisphères, l'un supérieur, l'autre inférieur.

Réseau veineux sous-cutané très développé. La peau est de couleur normale et mobile sur la tumeur. *A la palpation*, on sent la présence de bosselures. La consistance est uniforme, dure, avec quelques points un peu rénitents. La tumeur est mobile sur le grand pectoral. Vers le pôle inférieur de la tumeur on constate l'existence d'une saillie mollasse, granuleuse, non douloureuse à la pression, donnant la sensation d'une glande mammaire normale. La circonférence de la tumeur mesure 65 cm. Une ligne, menée directement du pédicule au mamelon mesure 23 cm. Il n'y a aucun retentissement ganglionnaire.

Amputation du sein le 28 janvier 1894. Deux ans et demi après l'intervention l'opérée est en parfaite santé.

Examen mascrocopique. — Poids: 3 ng. 250.

A la coupe, on voit des îlots blancs grisâtres, paraissant formés de tissu conjonctif dense. Par places, des cavités plus ou moins grandes sont remplies par un liquide couleur chocolat.

A la partie inférieure du néoplasme on trouve la portion mollasse, que permettait de constater l'examen clinique et qui, à la section, offre l'aspect de la glande mammaire normale. Dans son épaisseur se trouve une petite tumeur dure, arrondie, facilement énucléable et paraissant formée de tissu conjonctif dense.

Examen microscopique. — La tumeur est constituée par une masse fibreuse, dans l'épaisseur de laquelle sont creusées des cavités de volume et de forme variables, tapissées d'une ou presque toujours de plusieurs couches de cellules épithéliales.

La masse fibreuse est formée de faisceaux dirigés dans des sens variables. Par places, ce tissu fibreux est infiltré d'un petit nombre de cellules plates fusiformes; ailleurs, les éléments cellulaires sont plus nombreux, mais jamais on ne trouve les caractères du sarcome proprement dit.

Les cavités sont de dimensions très variables; les unes sont petites, arrondies, ne dépassant guère le volume d'un conduit galactophore. Elles sont tapissées par une couche de cellules cylindriques basses, plus souvent par deux ou trois couches de cellules. Les autres cavités sont grandes, de forme très irrégulière et leur paroi est tapissée par quatre ou cinq couches de cellules, cubiques au niveau de la couche la plus externe, polygonales au niveau des assises les plus internes. D'autres fois, il s'agit de longues fentes ramifiées, tapissées par le même revêtement épithélial. Cette disposition est due à des bourgeons fibreux plus ou moins volumineux, qui s'avancent dans la cavité et en effacent plus ou moins complètement la lumière.

Observation XVII

(Th. Anger) Soc. de chir. 1898.

B... Marie, 49 ans, entre à l'hôpital Beaujon, le 6 janvier 1898, pour se faire opérer d'une énorme tumeur du sein. Très vigoureuse jusqu'à ces derniers temps, mère de 4 enfants, la malade s'est aperçue, en 1890, de l'existence, au niveau du mamelon, d'une petite masse de la grosseur d'une noix, indolente, mobile, à laquelle elle ne fit d'abord qu'une attention médiocre. Cependant, la tumeur se développait lentement, sans perdre ses caractères d'indolence et de mobilité. Il y a quatre ans, j'eus l'occasion de la voir et constatai, à la partie externe du sein, une tumeur du volume d'un œuf de poule, qui présentait l'aspect complet des adénofibromes. La malade refusa de se laisser opérer.

Lorsque je la revis, en janvier dernier, le sein avait pris des proportions colossales.

Il est occupé tout entier par une masse compacte qui descend jusqu'à la hauteur de l'épine iliaque antéro-supérieure, et dont le poids seul est une cause de douleurs, et contraint la malade à un alitement presque continu. La surface en est bosselée, mais recouverte par une peau normale seulement distendue au niveau des lobes les plus saillants. Elle est très mobile en masse sur le plan pectoral. Pas de ganglions perceptibles dans l'aisselle. En somme, malgré son volume, la tumeur a encore tous les caractères des tumeurs bénignes. L'état général n'est pas très satisfaisant sans qu'il y ait d'accident viscéral localisé: pâleur, amaigrissement léger.

Le 10 janvier 1898, ablation de toute la masse, qui se fait sans difficulté par une double incision semilunaire. Il n'y a aucune adhérence avec le plan profond. Fermeture avec drain. Réunion par première intention. Sortie le 25 janvier.

La tumeur qui pesait 7 kilogrammes, était constituée par une série de bosselures arrondies, blanchâtres, dont quelques-unes étaient kystiques en leur centre. Le tout était entouré d'une coque peu épaisse, mais qui figurait une enveloppe complète. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un fibroadénome avec quelques îlots de carcinome.

M. Quénu dit avoir vu une femme de 81 ans, qui, depuis 30 ans, portait une très grosse tumeur qui était ulcérée depuis peu, donnant un écoulement séreux. Elle était mobile. Il s'agissait probablement d'un fibroadénome.

Observation XVIII

Bisch, 1899. (Soc. Anatom. Rés.)

Très volumineuse tumeur du sein, enlevée chez une femme de 38 ans. Début 20 ans auparavant, par de petits noyaux analogues à ceux qu'on constate actuellement dans le sein opposé. Depuis quatre ou cinq mois, l'évolution de la tumeur avait pris une marche rapide.

Il s'agit d'une *papillo-adénome en masse* de la glande mammaire *avec des zones myxomateuses.*

Observation XIX

Brin et Papin. (Rés.) Soc. Anatomique, 1902

Femme de 58 ans, présentant une tumeur du sein depuis 10 ans, s'étant lentement accrue de volume. Il n'y a pas eu de poussée brusque dans les derniers temps. Il n'y a jamais eu de douleur. La tumeur gêne seulement par son poids. Non contenue, elle pend jusqu'à la cuisse et n'est plus rattachée à la paroi costale que par un pédicule long et lâche, large comme la paume de la main. Extirpation très facile: entre la tumeur et le thorax, il existe du tissu cellulaire lâche, presque une bourse séreuse.

Examen histologique. — Il s'agit d'un volumineux *adéno-fibrome*. Dans son ensemble, la glande mammaire est transformée en une tumeur du volume d'une tête et du poids de 3 kilogrammes Dégagée de sa gaine de tissu conjonctif lâche, elle est hérissée de bosselures pour la plupart fermes et élastiques. La coupe en est dure : le centre et quelques lobules infiltrés de sels calcaires résistant au couteau. Sous la coupe, de couleur blanche, on voit de grandes cavités kystiques pleines d'une sérosité blanchâtre et où font saillie des masses arrondies, mais on voit surtout de petites cavités, les unes circulaires, la plupart de formes irrégulières, allongées et applaties.

Au microscope, on distingue du tissu conjonctif creusé de cavités. Du tissu conjonctif dense, où courent des vaisseaux, est disposé en anneaux qui renferment un tissu plus jeune, plus riche en cellules et présentant au centre une ou plusieurs cavités ; ces lacunes de toutes dimensions son arrondies, ovales ou irrégulières. Celles-ci présentent sur leurs bords des papilles qui font saillie dans la cavité et renferment parfois des vaisseaux. On trouve aussi des îlots conjonctifs, vasculaires ou non, entourés par des canaux très étroits anastomosés entre eux et présentant des dilatations sur leur trajet. Cavités, papilles et canaux sont bordés de cellules épithéliales cylindriques, à noyaux vivement teintés, disposées sur une ou plusieurs couches.

Observation XX

Rochard. (Soc de chir., 1902. Rés.)

Volumineuse tumeur du sein, pesant 1 k. 850 gr., ayant évolué en moins de 3 ans, chez une femme ayant dépassé la cinquantaine. Diagnostic porté : sarcome.

Examen histologique (M. Gombault). — La tumeur est constituée par une masse considérable de tissu conjonctif et par des cavités tapissées d'épithélium.

La gangue conjonctive est formée de fibrilles et de cellules. Les fibrilles forment exceptionnellement des faisceaux épais et denses. Exceptionnellement aussi, elles s'intriquent pour former un faisceau à larges mailles. Le plus souvent elles se réunissent en fascicules, formant un feutrage assez serré. Les

cellules sont toutes des cellules à prolongement. (Il n'y a pas d'amas ou d'infiltration de cellules rondes). Ces cellules à prolongement sont en nombre modéré et orientées par rapport aux fibrilles. On trouve quelques cloisons véritablement fibreuses, quelques îlots ayant la structure du tissu muqueux, la masse étant formée par un feutrage de fascicules entrecroisés. Les vaisseaux sont peu nombreux, peu larges; leurs parois sont adultes.

2° Les cavités varient beaucoup comme forme et comme volume. il en existe de petites, arrondies ou anguleuses, souvent réunies en petits groupes et rappelant les acini mammaires.

Les moyennes sont fissuraires ou étoilées, ou bien lorsque leur cavité s'élargit leur contour devient festonné parce qu'il est hérissé d'une série de saillies papilliformes.

Il y en a de très grandes qu'on constate à l'œil nu. Elles sont disposées sous la forme de fentes étoilées ou allongées. Nulle part on ne trouve de cavités méritant le nom de kystes.

La face interne de toutes ces cavités est occupée par un revêtement continu d'épithélium cubique, généralement disposé sur une seule couche. Le contenu de ces cavités est peu abondant et est formé par un détritus granuleux.

La tumeur rentre donc, au point de vue histologique, dans le type classique des tumeurs dénommées: adénomes, fibromes ou fibro-adénomes du sein.

Observation XXI

P. Clément. (Société Anatomique, 1904. Rés.

Femme de 59 ans, présentant une volumineuse tumeur du sein gauche, pédiculée, retombant sur l'abdomen et présentant à son extrémité libre une ulcération étendue, à bords décollés, non infiltrés, donnant issue à un champignon volumineux, mollasse, laissant suinter un liquide ichoreux non fétide. Les téguments, sillonnés d'un lacis veineux accentué, ont une teinte violacée, diminuant progressivement à mesure qu'on se rapproche du pédicule. Le mamelon a presque complètement disparu; il n'est pas adhérent à la masse sous-jacente. A la palpation, la tumeur est bosselée, molle, fluctuante. Il n'y a pas de ganglions axillaires en dépit de l'ulcération.

La tumeur a débuté, il y a trois ans, par des élancements » dans le sein ; en même temps apparaissaient des « grosseurs » de consistance dure qui, s'agglomérant peu à peu, ont fini par constituer une masse unique. Le néoplasme s'est développé lentement et s'est ulcéré brusquement, deux jours avant l'entrée à l'hôpital, par une sorte d'éclatement de la peau (?).

Diagnostic porté : *sarcome kystique ulcéré*. Ablation en masse de la tumeur (Mouchet).

Examen macroscopique. — La tumeur pèse 980 grammes. Elle est entourée d'une capsule qui n'est autre que la capsule fibreuse entourant normalement la glande mammaire. La consistance est molle ; à la coupe : aspect gélatiniforme. Sa coloration, blanc jaunâtre près du pédicule, est plus foncée au voisinage de l'ulcération, où elle est sillonnée de stries vasculaires. On ne trouve pas de vestiges du tissu propre du sein.

Examen histologique. — L'examen de six points différents de la tumeur a montré qu'il s'agissait essentiellement de *tissu muqueux*. Suivant les régions, le tissu muqueux évolue soit, vers le type fibromateux, soit présente des foyers hémorragiques, surtout dans les portions superficielles de la tumeur où il existe des amas de leucocytes. Les éléments constitutifs de la glande mammaire ont été presque complètement détruits par le tissu néoplasique ; les quelques acini subsistant sont en voie de disparition.

Cette tumeur est donc un *myxome* développé aux dépens de la glande mammaire elle-même.

Observation XXII

Guyot. (Congrès de Gyn. obstétr. et Péd. Rouen, 1904.

La tumeur unilatérale s'était développée au niveau du sein droit et descendait jusque sur la partie supérieure des cuisses. La malade, âgée de 54 ans, présentait sa tumeur depuis la ménopause (46 ans). L'extirpation fut laborieuse. La tumeur enlevée pesait plus de 19 livres ! Depuis un an, la peau présentait des ulcérations eczémateuses, s'accompagnant d'un suintement très abondant.

Le volume de la tumeur, son poids, gênaient considérablement la malade.

L'examen histologique, pratiqué par M. Sabrazès, montre qu'il s'agissait d'un adéno-fibro-lipome diffus du sein.

Observation XXIII

Finsterer, Vienne 1906. (Rés.)

Femme de 45 ans. Célibataire, bien portante jusqu'à il y a quatre ans. A cette époque, un petit nodule dur et mobile se serait formé dans le cadran inféro-interne du sein gauche, à la suite d'un traumatisme (choc par un panier assez lourd). Quelques semaines après apparut un deuxième nodule séparé du premier et semblable à lui. Au bout d'un an, la tumeur avait atteint le volume d'une tête d'enfant : elle était formée de plusieurs noyaux se touchant. L'augmentation avait continué et à la fin de la deuxième année la tumeur avait la grosseur d'une tête d'adulte. Il y a un an, à la suite de l'application de catasplasmes, la peau s'est ulcérée.

La malade n'a jamais ressenti de véritables douleurs en dehors de sensation de brûlures. Le poids et le volume seuls de la tumeur gênaient la patiente. Il n'y a jamais eu d'écoulement par le mamelon. Depuis quatre ans, gêne de la respiration pendant la marche.

Examen. — Femme de complexion délicate.

Taille : 1 m. 45 ; poids : 45 kilogrammes. Pâleur marquée. Elle présente un goître à droite qui comprime la trachée (essoufflements).

Examen local. — Le sein droit est atrophié. Du côté gauche on trouve une tumeur plus grosse qu'une tête d'adulte, largement implantée, descendant jusqu'à cinq doigts au-dessous de l'horizontale ombilicale. Sa forme est irrégulière, triangulaire. Son plus grand périmètre atteint 70 cm. A la base, il mesure 40 cm. La hauteur est de 25 cm., la largeur est de 24, l'épaisseur de 12 cm. La surface de la tumeur présente des bosselures proéminentes, du volume d'œufs de pigeon. La peau est tendue, mince et luisante ; elle est mobile à la partie supérieure. Sous elle, court un réseau de grosses veines dilatées, allant jusqu'à la clavicule. Le mamelon situé dans la partie inférieure et médiane de la tumeur est étalé. Il ne présente aucun écoulement. Dans la partie inférieure de la masse, la peau est adhérente et ulcérée en

cinq points. L'une des ulcérations arrondie à un diamètre de 12 cm. sur 8. Les autres sont plus petites. Les bords sont épais et décollables. La consistance est généralement dure. En un point limité il y a de la fluctuation. Il n'y a aucune adhérence avec le thorax, sur lequel la tumeur est très nettement mobile, malgré les difficultés que causent le volume et le poids de la tumeur. Dans le creux axillaire on perçoit un ganglion ovale, mobile.

Opération. — Amputation du sein, curage de l'aisselle. Ablation du goître. Le sein a été enlevé en masse avec le muscle grand pectoral. Dans l'aisselle on a enlevé quelques petits ganglions. Réunion presque complète de la peau.

Suites opératoires excellentes. Revue cinq mois après, la malade va très bien. La cicatrice est normale. Il n'y a pas traces de récidive.

Examen macroscopique de la pièce. — La tumeur enlevée pèse 4 kilogrammes et demi, soit le 1/10e du poids du sujet. Elle est composée de multiples noyaux durs, criant sous le couteau, reliés entre eux par du tissu conjonctif. Il n'y a pas de cavité kystiques. Une capsule conjonctive nette limite la tumeur, la séparant en arrière du muscle pectoral, en avant de la peau. Les ganglions enlevés dans le creux axillaire paraissent être de nature inflammatoire.

Examen microscopique. — Images typiques de *fibro-adénome intracanaliculaire.* Le stroma, en dégénérescence muqueuse, fait hernie dans les lumières des conduits galactophores. Dans les parties périphériques de la pièce on trouve des signes d'inflammation chronique: vaisseaux dilatés, richesse cellulaire plus grande, infiltration leucocytaire. Tissu de nécrose au contact de la peau au niveau des ulcérations. Du côté voisin du grand pectoral la tumeur prend un caractère plus adénomateux. Contre la capsule on trouve des restes de parenchyme glandulaire avec dégénérescence muqueuse.

Observation XXIV

Irving Haynes. Soc. chir. de New-York. 1906. (Rés.)

Sein enlevé à une jeune fille de 13 ans.

En avril 1905, les deux seins commencèrent à se former. Jusqu'en septembre ils restèrent égaux. Le gauche commença alors

à grossir avec rapidité. Pendant ce temps, la menstruation s'était régulièrement établie.

A l'examen: le sein droit paraît plus volumineux qu'il n'est habituel chez une jeune fille de cet âge. Il n'y a pas trace de tumeur. Le sein gauche est énorme, pendant jusqu'à la crête iliaque quand la malade est debout. Il n'a pas été fait de mensuration, mais après ablation, la tumeur pesait 3 k 620. Le mamelon était étalé, et la partie inférieure de la tumeur était ulcérée. Mobilité parfaite sur les plans profonds. Pas de douleurs. Gêne à cause du volume et du poids. Pas de ganglions. Le 30 janvier 1906, anesthésie à l'éther, ablation facile du sein. Cicatrisation *per primam*.

Histologiquement (Dr Rogers), la tumeur est de l'*adénofibrome, avec dégénérescence mucoïde*.

Observation XXV

Georges. Th. Beatson, Edinbourg 1908 (Rés.)

Femme de 50 ans, ayant eu deux enfants. Depuis deux ans, tuméfaction généralisée du sein droit. Dans les derniers temps, augmentation de volume nette. La malade n'avait jamais senti de noyaux isolés dans le sein. Elle ne ressentait pas de douleurs mais une sensation pénible de pesanteur. Etat général satisfaisant; pas d'amaigrissement.

Examen. — Sujet d'aspect robuste. Les membres du côté droit sont légèrement atrophiés, séquelle d'une pyrexie avec phénomènes nerveux, survenue quand la malade avait sept ans.

Le sein droit est très volumineux, surtout dans son cadran supéro-externe. Le mamelon, applati par la distension de la peau, est abaissé. De grosses veines superficielles dilatées sillonnent la masse. A la palpation, la tumeur est lourde et mobile en masse. La peau est saine et nettement mobile sur la tumeur. La surface de celle-ci est lisse et de consistance irrégulièrement élastique: en dehors et au-dessus du mamelon on sent un noyau dur. La palpation est indolore. Il n'y a pas de ganglions dans l'aisselle, sauf un petit mobile et qui n'est pas dur, du côté interne.

Le sein gauche, normal, est plusieurs fois plus petit que le droit.

Diagnostic. — Cystosarcome? Adénome kystique?

Amputation du sein sans curage axillaire, le 23 décembre 1907.

Tumeur encapsulée. A la coupe, macroscopiquement, une portion était nettement adénomateuse, d'autres myxomateuses. Au-dessus du mamelon il y avait une zone plus dure avec des vaisseaux sanguins volumineux.

A un premier examen histologique rapide on estima que la tumeur était complexe, non seulement adénomateuse, mais présentant aussi des proliférations sarcomateuses. A un examen plus approfondi on conclut qu'il s'agissait d'un fibro-adénome avec stroma en prolifération active et acini glandulaires dilatés, doublés d'une couche épithéliale.

Observation XXVI

T. Bonhote Henderson, Londres 1909. (Rés.)

Vieille fille de 47 ans, présentant une volumineuse tumeur du sein droit, ayant grossi lentement en deux ans, sans douleurs, sans écoulement par le momelon.

Examen. — Grosse tumeur bosselée. La peau est amincie et rouge. Consistance ferme mais non dure; en certains points elle est molle et élastique et l'on a la sensation que la tumeur est kystique. Elle est proéminente: sa base est bien définie; elle est mobile sur les plans profonds. La peau n'est pas adhérente. Le mamelon est applati, un peu retracté. Dans l'aisselle on sent un ganglion.

Diagnostic. — Sarcome? Cysto-adénome?

Amputation du sein.

Examen anatomo-pathologique. — Il s'agit d'un *fibro-adénome.* Il n'y a pas trace de sarcome, bien qu'on ait fait des recherches soigneuses à ce sujet.

Observation XXVII

G. Rais (Société Anatomique, 1909) (Rés.)

Femme de 22 ans. Il y a un an, a remarqué une légère augmentation de volume du sein gauche. Elle devient enceinte. Le sein augmente de volume d'une façon très rapide.

Au sixième mois de la grossesse, le sein gauche mesure, dans son diamètre horizontal 25 cm., dans son diamètre vertical, 21 cm.

La tumeur est cliniquement bénigne, à contours nets. Elle est indépendante du muscle et de la peau. Elle paraît séparée de la glande qui est rejetée à la partie externe du sein. Le mamelon est étalé. Il existe un réseau veineux sous-cutané très marqué. Volumineuse et lourde, la tumeur gêne et fatigue la malade. Il n'y a pas d'adénopathie axillaire.

Ablation. La grossesse continue.

Histologiquement. — Acini glandulaires réguliers, de forme et de volume normaux, réunis en grains, dont le stroma conjonctif est très réduit. Entre les grains glandulaires, tissu conjonctif normal, sans allure atypique. Diagnostic : *adénome* pur.

Pour M. Gandy, il s'agirait d'un fibro-adénome canaliculaire.

Observation XXVIII

Pluyette (in extenso, d'après *Marseille Médical.* Société médico chirurgicale de la XV^e^ région, 1917)

M. Pluyette présente une énorme tumeur du sein qu'il a enlevée sur une femme de 50 ans, qui lui avait été adressée par le médecin-major Sicard. Cette tumeur s'était développée depuis un an seulement, et avait atteint des dimensions prodigieuses : elle pesait 8 kilogrammes et l'on se demande comment cette femme pouvait traîner un tel boulet pendu à sa mamelle. La partie supérieure de la tumeur était largement ulcérée et exhalait une odeur nauséabonde.

L'extirpation se fit sans grande perte de sang, malgré sa large base d'implantation. La surface cruentée, après ablation, mesurait 27 cm. dans le sens longitudinal et 22 dans le sens transversal. En décollant la peau tout autour, à la manière de Morestin, on peut réduire les dimensions de la plaie à 6 cm. 1/2 dans le sens longitudinal, et à 5 cm. 1/2 dans le sens transversal.

Son développement rapide, son volume, l'absence de ganglions axillaires avaient fait porter, pour cette tumeur, le diagnostic de sarcome du sein, mais une analyse histologique rapide, sur laquelle

il y a lieu de faire des réserves jusqu'à nouvel examen, indiquait qu'il s'agissait d'un fibro-myome (1).

Observation XXIX

Cópello, 1923. Soc. chir. de Buenos-Aires. (Rés.

Femme de 36 ans, ayant toujours eu le sein gauche plus fort que le droit; il y a cinq ans est devenu nettement plus volumineux, et dans les derniers temps a beaucoup augmenté, provoquant de la fatigue par son poids. A eu trois grossesses et allaité avec les deux seins.

Examen. — Etat général satisfaisant. Le sein gauche est plus gros qu'une tête d'adulte. En bas, il dépasse l'ombilic de trois travers de doigts. La peau est saine, avec un réseau de grosses veines. Le mamelon paraît retracté mais on peut facilement l'attirer au dehors. Le sein est hypertrophié en masse. La température locale est augmentée. A la palpation, la masse est élastique, sans points résistants et sans fluctuation. Pas de ganglions.

Ablation. La tumeur présente une enveloppe fibreuse nette. Elle pèse 3 kilogrammes. A la coupe, elle a un aspect fibreux. Il n'y a ni kystes, ni abcès.

Histologiquement (prof. Llambias) : atrophie glandulaire. Il ne reste que quelques canaux présentant un épithélium normal. Hyperplasie conjonctive énorme ayant étouffé les éléments glandulaires. Il s'agit donc d'un *fibrome* et non d'un fibro-adénome.

---

(1) Malgré les recherches aimablement faites par le docteur J. Bertin, de Marseille, ancien assistant du docteur Pluyette, il n'a pas été possible de retrouver ni l'observation, ni les préparations histologiques de cette tumeur. Mais le docteur Bertin a bien voulu nous écrire que le compte rendu du *Marseille Médical* contenait une erreur d'impression, et qu'il fallait lire « Fibro-myxome » à la place de fibromyome.

HISTORIQUE ET NOMENCLATURE

Si le *cancer* du sein, — tumeur maligne, épithéliale, — la plus commune et la plus redoutable des affections de cet organe, — est bien connu cliniquement et histologiquement depuis longtemps, il n'en est pas de même pour toutes les autres variétés de tumeurs mammaires: plusieurs prêtent encore à discussion et à confusion. C'est pourquoi, au moment d'étudier une variété d'entre elles, il semble nécessaire de résumer les grandes lignes de l'évolution des idées en ce qui les concerne, et d'envisager avec quelque précision les multiples termes par lesquels elles ont été et sont encore désignées.

***

Il n'y a pas cent ans encore, les tumeurs autres que le cancer étaient confondues en un groupe confus avec toutes les affections de la mamelle, et nos connaissances sur elles ne se sont établies que lentement. Il suffit de rappeler le nom d'Astley Cooper, qui décrit, à côté du cancer, les « *Tumeurs mammaires chroniques* »; celui de Velpeau, qui, dès 1834, distingue les tumeurs bénignes *fibrineuses*, qu'il appellera plus tard *adénoïdes*; celui de Cruveilhier, qui, dans son mémoire sur *les corps fibreux de la mamelle*, établit leur bénignité et leurs relations étroites avec la glande. Ces travaux n'étaient basés que sur l'examen clinique et l'étude macroscopique de pièces opératoires. La nature exacte de ces tumeurs ne pouvait être connue que par l'histologie.

Le microscope avait déjà été utilisé pour l'étude des

tissus, et, en 1838, dans son travail « *Ueber den feineren Bau der Geschwülste* », Johann Muller avait décrit le « *Cystosarcoma phyllodes, proliferum* » de[e] la mamelle, donnant, par ce terme, une importance majeure à l'élément conjonctif, et soulignant l'abondance des kystes avec végétations. Après lui, l'Ecole Allemande devait, avec Reinhardt, faire jouer au tissu conjonctif le premier rôle dans la formation des tumeurs mammaires. Virchow décrivit des *fibromes, des myxomes, des sarcomes,* envisageant les altérations du tissu glandulaire comme consécutives et accessoires.

En France, au contraire, l'élément épithélial était considéré comme essentiel : — par Lebert qui, en 1852, admettait que les adénoïdes de Velpeau, les corps fibreux de Cruveilhier, les cystosarcomes de Muller étaient des « *Hypertrophies partielles de la glande mammaire* » ; — par Broca qui voulut caractériser les tumeurs bénignes par un « *organule spécifique* », l'acinus, dont la néoformation a pour résultat l'*adénome*. Cependant, la conception allemande devait longtemps prévaloir, et Cornil et Ranvier, dans leur histologie pathologique (1876), Labbé et Coyne dans leur monographie, font du tissu conjonctif l'élément dominant, primitif dans les tumeurs bénignes du sein.

A l'heure actuelle, cette opposition entre la théorie épithéliale et la théorie conjonctive ne présente plus qu'un intérêt historique. Une conception moins étroite s'est imposée, et il est admis, depuis longtemps, par tous les auteurs — l'article de Pierre Delbet, dans le Traité de Duplay, et Reclus, l'a établi dès 1892 — que les tumeurs bénignes du sein présentent toujours des éléments glandulaires, de sorte que le *Fibrome* pur et l'*Adénome* pur étant des raretés, il s'agit dans l'immense majorité des cas d'*adénofibromes*.

Avec Ribbert, on peut, dans ce terme formé de deux mots, mettre en première ligne celui qui désigne l'élément dominant, et appeler adéno-fibrome une tumeur où la prolifération glandulaire est surtout marquée, et fibro-adénome celle où l'élément conjonctif prédomine.

Mais cette nature a deux éléments admis; il n'en reste pas moins que l'importance de chacun d'eux par rapport à l'autre est variable; que si c'est l'élément glandulaire qui prédomine, il peut se présenter sous la forme d'acini néoformés en abondance, ou bien de cavités glandulaires dilatées en kystes parfois très considérables; que, d'autre part, si c'est l'élément conjonctif le plus important, sa prolifération intense peut se faire sous des aspect variables, depuis le fibroblaste adulte du fibrome jusqu'à la cellule embryonnaire du sarcome fusocellulaire, ou même globocellulaire.

On voit donc qu'il ne s'agit plus, en ce qui concerne le sein, d'opposer au terme de tumeur maligne celui de tumeur bénigne, mais qu'il faut envisager d'un côté *les tumeurs épithéliales,* les cancers, et, de l'autre, *des tumeurs fibro-épithéliales* ou *adéno-conjonctives,* dont les unes sont *bénignes,* les adéno-fibromes, et les autres *malignes,* les adéno-sarcomes.

Mais que de différences dans les classifications! La française, telle que Masson, la donne, dans son « Diagnostic des Tumeurs », est surtout anatomo-clinique; elle envisage :

des Adénomes tubulés des Fibro-adénomes végétants intracanaliculaires des Adénomes papillaires	Tumeurs cliniquement bénignes
et des Adéno-sacormes des Sarcomes	Tumeurs malignes

La classification américain de Warren est exclusivement histo-pathologique ; elle distingue, parmi les tumeurs fibro-épithéliales :

des Tumeurs à Type fibreux	Fibromes péricanaliculaires
	Myxomes péricanaliculaires
	Sarcomes péricanaliculaires
des Tumeurs à Type épithélial	Fibro-cystadénomes
	Cystadénomes papillaires

Ainsi, de ces deux classifications, la première souligne l'élément clinique essentiel de bénignité ou de malignité de l'élément conjonctif, tandis que la seconde met en évidence la prépondérance de l'un des deux éléments sur l'autre, sans envisager sa valeur clinique. C'est cet antagonisme entre les deux éléments qui fait toute la difficulté. On ne peut, avec une seule catégorie de mots, rendre une idée exacte de l'*élément adénomateux* qui peut donner lieu à des cavités kystiques, paraissant parfois être le trait essentiel de la tumeur, et en même temps qualifier judicieusement *l'élément conjonctif,* de façon à faire ressortir sa nature histologique, bénigne ou maligne. D'où la multiplicité des termes employés et la difficulté de s'y reconnaître, d'autant plus que, comme le dit Warren : « la nomenclature a été sujette à des variations nombreuses, mais la confusion est augmentée par suite des systèmes nationaux : les écoles anglaise, française, allemande, américaine, s'accordent rarement dans la description d'une tumeur, quand ce n'est pas un carcinome ».

Cette confusion regrettable est particulièrement marquée pour une variété de ces tumeurs, à laquelle appartient précisément la majorité des tumeurs bénignes géantes que nous allons étudier. Il s'agit des *Fibromes végétants intra-canaliculaires* de la classification française, qui se caracté-

risent par des formations kystiques parfois énormes, bordées d'un épithélium régulier, dans la lumière desquelles font hernie des végétations proliférantes. Ces tumeurs ont reçu, suivant les auteurs et les pays, des noms très différents. Sans remonter jusqu'à Velpeau, qui les rangeait tantôt parmi les *Adénoïdes,* tantôt parmi les *Encéphaloïdes avec kystes,* ou à Astley Cooper qui les nommait *Hydatides celluleuses,* on peut citer les noms suivants : *Glandular proliferous cysts* (Paget), *Serocystic sarcoma* (Brodie), *Myxome intracanaliculaire* (Virchow), *Cystofibrome papillaire* (Ziegler), etc... Enfin, la science allemande les désigne aujourd'hui encore, par le vieux terme créé en 1838, par Johan Muller, de *Cystosarcoma phyllodes, proliferum,* et Max Wulfing étudiait, tout récemment, ce qu'il fallait entendre par là. Nous croyons que ce terme est une cause d'erreurs. En effet, s'il indique bien la nature kystique du néoplasme, et la présence de végétations foliacées, proliférantes, par le mot de sarcome, il laisse préjuger de la nature maligne du tissu conjonctif, éléments prépondérant de la tumeur. Or, rien n'est moins démontré : Wulfing montre que la prolifération conjonctive peut être très variable, et il ne cite qu'un cas dans lequel elle était d'allure sarcomateuse. Depuis longtemps déjà, Schimmelbusch, Kœnig, Haeckel, ont considéré le Cystosarcoma Phyllodes, comme de l'adéno-fibrome intracanaliculaire, tout en lui conservant sa dénomination, car « pour autant qu'il convienne de nommer sarcome une tumeur nettement bénigne, le terme créé par Johann Muller a maintenant droit de cité, et chacun sait de quoi il s'agit... » (Haeckel).

Pour Ribbert, enfin, le cystosarcoma phyllodes n'est pas autre chose qu'une forme de Fibro-adénome, dont il ne se laisse délimiter que par la plus grande richesse cellulaire de son stroma.

Cependant, Billroth étudiait le cystosarcoma proliferum à côté du sarcome vrai du sein ; dans leurs études statistiques sur les tumeurs de la mamelle, Schmidt, Gebele, Finsterer l'ont fait compter parmi les sarcomes, et l'on peut lire dans Lecène (Précis de Pathologie Chirurgicale) : « Le type le plus habituel d'adéno-sarcome du sein nous est donné par le cystosarcoma phyllodes de J. Müller ».

Il y a là une double cause d'erreurs, puisque une tumeur est indûment considérée comme maligne et, puisque, de ce fait, sans parler de leur valeur pronostique, la fréquence relative des sarcomes du sein est notablement exagérée.

Le seul moyen de classer exactement les faits est de considérer avant tout la nature histologique exacte de la prolifération conjonctive, ainsi que l'ont fait Geist et Wilensky et Greenough et Simmons.

L'essentiel, on le voit, en présence d'une tumeur de cet ordre, est l'étude histologique du stroma fibreux.

Ce travail n'a pas d'autre but que de montrer qu'en présence d'une tumeur qui, par son volume et son aspect clinique, a une allure mauvaise, un examen minutieux du tissu conjonctif doit être fait afin de reconnaître exactement sa nature, avant de porter un diagnostic de sarcome.

ETIOLOGIE

L'étiologie des tumeurs est toujours incertaine: nous ne savons rien de leurs causes premières. Les cas qui font l'objet de ce travail ne sauraient faire exception à ce point de vue. Il n'est, du reste, pas davantage possible de leur découvrir des causes bien nettement prédisposantes ou favorisantes.

C'est ainsi que l'*hérédité* ne paraît pas jouer un rôle. Dans le plus grand nombre de cas, les renseignements à ce sujet manquent; mais, dans d'autres, on n'a constaté aucune affection tumorale dans les antécédents familiaux.

Le *traumatisme*, que les femmes qui se découvrent une tumeur du sein mettent si souvent en cause, n'est pas signalé avant l'apparition de l'affection. Nous verrons, par contre, qu'au cours de son évolution, il n'est pas rare, ce qui s'explique facilement, étant donné le volume et la superficialité de la tumeur.

Dans aucune des vingt-neuf observations, il n'est mentionné que le sein ait été atteint d'une maladie antérieure. On ne saurait envisager comme condition étiologique l'existence d'un petit noyau de fibro-adénome sur lequel se développerait ultérieurement la tumeur. Il semble, en effet, que ce noyau n'est pas une cause favorisante de la tumeur, mais la tumeur elle-même à son premier stade de développement.

Les seuls renseignements étiologiques certains sont donc

ceux qui concernent la localisation de la tumeur, l'âge de la femme et ses antécédents. Les deux seins semblent atteints d'un façon sensiblement égale: dans 12 cas la tumeur siégeait à *gauche*, dans 10 elle était à *droite*. Dans les 7 autres observations, la localisation n'est pas précisée. En aucun cas, la lésion n'était bilatérale.

Les malades se répartissent, au point de vue de l'*âge*, de la manière suivante:

Au-dessous de 20 ans:	2 (âgées de 13 ans 1/2 et 14 ans).
— — 30 —	2 (âgées de 22 et de 28 ans).
— — 40 —	3
— — 50 —	6
— — 60 —	11
De plus de 60 —	4
D'âge inconnu.....	1

Au total, l'*âge moyen* auquel la tumeur a été opérée serait de 46 *ans* environ. Mais ce chiffre moyen est abaissé par la présence de 2 très jeunes malades, et il faut remarquer que, sur 29 observations, 21 concernent des femmes ayant dépassé la quarantaine. La plupart d'entre elles étaient ménopausées.

Nous manquons de renseignements sur la vie génitale du sujet dans 10 cas. Dans 8, la malade n'était pas mariée et n'avait jamais été enceinte. Enfin, dans 8 autres cas, la grossesse et l'allaitement sont à noter. La femme avait eu presque toujours plusieurs enfants et les avait nourris. La malade de Sengensse (obs. xvi), cependant, n'en avait eu qu'un et ne l'avait pas allaité. Dans le cas de Rais (obs. xxvii), c'est au cours d'une première grossesse que la tumeur a évolué avec rapidité; dans un des cas de Labbé et Coyne (obs. viii), le sein a doublé de volume pendant une période d'allaitement.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les tumeurs que nous avons rassemblées sous le titre — à dessein imprécis — de « *Tumeurs géantes non sarcomateuses du sein* », peuvent, à première vue, paraître assez diverses. Cependant, la lecture des 29 observations qui précèdent permet de se rendre compte qu'elles ont toutes, deux traits anatomo-pathologiques communs essentiels : au point de vue *macroscopique*, elles sont *énormes* et *d'allure mauvaise;* au point de vue *microscopique*, elles ont les *caractères histologiques de la bénignité.* C'est cette opposition entre l'apparence anatomique et la réalité histologique qui justifie, à nos yeux, la réunion dans cette étude des 29 tumeurs dont nous allons préciser la nature.

Etude macroscopique

Le premier caractère de ces tumeurs est leur *énorme développement*. Il existe à ce point de vue des variations très grandes, mais, si une tumeur d'un kilo paraît peu de chose, à côté d'une masse de 7 ou de 10 kilos, il faut se rappeler que, comparativement à un sein normal, elle constitue tout de même une très grosse tumeur, méritant d'être étudiée ici. Le cas de Velpeau est la plus monstrueuse tumeur de la mamelle qui ait jamais été observée. Nous l'avons envisagé dans cette étude pour les raisons que nous donnerons plus loin, malgré l'absence de tout examen histologique, afin d'en rapprocher et de lui comparer nos autres tumeurs géantes.

Nous pouvons constater d'abord qu'il n'y a pas une corrélation absolue entre les *dimensions* et le *poids:* la tumeur de Velpeau constituait une masse dont les trois dimensions étaient: 36 cm. × 30 cm. × sur 20 cm. et elle pesait 20 kilos. La tumeur enlevée par notre maître M. Forgue, en 1911, ne pesait que 7 kilos 500, et avait pourtant des dimensions presque égales: 40 cm. + 32 cm. × 18 cm. Ceci s'explique facilement: la mesure de trois dimensions seulement ne suffit pas pour donner une idée exacte d'une masse aussi irrégulière. Il faut donc, dans l'étude de ces tumeurs, considérer davantage le poids que les dimensions.

Les poids les plus élevés sont les suivants: 10 kilos (obs. iv, Péan), 9 kilos 500 (obs. xxii, Guyot), 8 kilos

(obs. XXVIII, PLUYETTE), 7 kilos (obs. XVII, ANGER). Les 2 observations I et II (FORGUE) concernent des tumeurs de 7 kilos 500 et de 6 kilos 220.

Pour bien se rendre compte de la charge énorme que constitue une tumeur aussi lourde pour la pauvre femme qui la porte, il faut envisager son poids par rapport au poids total du sujet. La malade de FINSTERER (obs. XXIII) pesait 45 kilos, sa tumeur avait un poids de 4 kilos 500. Notre malade, un mois après son opération atteignait 58 kilos 500, et sa tumeur pesait plus de 6 kilos. La masse enlevée constituait donc dans ces deux cas le dixième du poids du corps.

Pour être moins volumineuses, les autres tumeurs, dont le poids nous est connu, sont encore respectables. 5 d'entre elles dépassent ou atteignent 3 kilos. Dans un seul cas (CLÉMENT, obs. XXI), la tumeur n'arrivait pas tout à fait à un kilo, mais son allure clinique, le diagnostic qui avait été porté et le résultat de l'examen histologique nous autorisent à la comprendre dans ce travail.

La *forme* générale des tumeurs qui nous occupent est globuleuse, irrégulière, par suite d'un développement plus ou moins marqué en un point ou en un autre de la glande. Leur surface est déformée par des lobulations arrondies qui, dans un grand nombre de cas, vont jusqu'à former de véritables bosselures proéminentes. Nous décrirons, en étudiant la symptomatologie de ces tumeurs, les types morphologiques qu'elles peuvent présenter. — Il semble, d'après l'évolution clinique de la tumeur, qu'elle se développe surtout aux dépens de la portion supérieure de la mamelle. Il en était ainsi dans 10 cas, parmi lesquels il était précisé dans 5 observations que le début s'était fait dans le cadran supéro-externe de la glande. Dans le seul cas de FINSTERER (obs. XXIII), le noyau primitif était situé dans le cadran inféro-interne.

La présence d'une *capsule* limitant la tumeur est un fait essentiel. Elle est signalée dans toutes les observations. Elle est composée de tissu fibreux dense, sur lequel la peau est extrêmement mobile, ne lui étant rattachée que par des tractus lâches, de sorte que sur une pièce conservée dans le formol, après la rétraction provoquée par le fixateur, le revêtement cutané a tendance à se séparer de la tumeur, qui apparaît d'un blanc nacré, recouverte de sa capsule fibreuse. L'épaisseur de la capsule est peu considérable, elle est pourtant intacte en général : la poussée de la tumeur ne l'érode pas, et lorsqu'il y a *ulcération* c'est habituellement la peau seule qui a cédé, usée par la masse tumorale en son point le plus distendu. On ne trouve pas d'épaississement cutané pouvant faire penser à un envahissement néoplasique des téguments.

La présence de la capsule qui enveloppe de toute part la tumeur explique que celle-ci soit aussi indépendante des plans profonds que de la peau. De plus, sous l'influence de son poids, il est naturel que les tractus de tissu cellulaire, sorte de ligament suspenseur de la mamelle l'attachant à l'aponévrose pectorale, subissent une espèce d'élongation, ce qui tend à augmenter la mobilité de la masse sur le thorax. Dans le cas de Labbé et Coyne (obs. VI) et celui de Brin et Papin (obs. XIX), il y avait sous la tumeur un espace rempli de tissu cellulaire lâche, une sorte de bourse séreuse qui en facilita l'ablation.

L'examen macroscopique des pièces manque dans un certain nombre d'observations. Il semble cependant que, dans ces 7 cas, la tumeur devait, d'après sa nature histologique, présenter aussi à la coupe un des trois aspects suivants que l'on retrouve dans les 22 autres observations.

Type 1. — La coupe de la tumeur est *homogène*, dense, d'aspect fibreux et plein. Sa coloration est d'un blanc rosé. On n'y distingue aucune anfractuosité, nulle apparence de

cavités kystiques. La surface de coupe est sèche et ne donne pas de suc au raclage. C'est, en somme, l'aspect classique que présente à la coupe un fibro-adénome.

Type 2. — La coupe révèle immédiatement la présence de *kystes de grandes dimensions*. Leur contenu est un liquide, tantôt assez séreux, citrin ou verdâtre, tantôt sirupeux et de couleur noirâtre, ce qui indique la présence d'hémorragies intrakystiques. Ces kystes peuvent être de grandes dimensions, comme dans le cas de Velpeau, où deux ponctions avaient évacué 3 litres de liquide. Ces kystes, qui parfois communiquent entre eux (obs. VII) et qui, au nombre de 2 à 3 habituellement, sont entourés de cavités plus petites, sont séparés par un tissu plus ou moins dense, d'aspect fibreux, formant des cloisons parfois très épaisses. La paroi même des kystes est rarement lisse : des végétations polypeuses y font saillie, ce qui rapproche ces cas du 3e type, de beaucoup le plus fréquent.

Type 3. — La tumeur présente à la coupe un aspect polykystique spécial. On y voit une série de cavités de formes extrêmement irrégulières, constituant des *fentes ramifiées* en tous sens. Un examen minutieux permet de constater qu'il s'agit de cavités comblées par d'énormes végétations foliacées s'insérant sur les parois et présentant des découpures multiples. C'est là le type classique du *cystosarcoma phyllodes* de Muller.

La présence de ces *végétations* polypeuses, en choufleur, est le fait essentiel qui caractérise au point de vue macroscopique ces cas. Leur volume peut être considérable, atteindre le volume du poing (obs. XI, Heurteaux), une d'entre elles comblant à elle seule un très grand kyste. Il n'est pas une seule cavité qui ne soit ainsi remplie, de sorte qu'il n'existe pour ainsi dire pas de kystes de forme arrondie, mais seulement des espaces allongés et ramifiés,

ce qui donne à la coupe, selon la comparaison classique, l'aspect feuilleté et imbriqué que présente la section d'une tête de chou. — Cet aspect peut ne pas être nettement visible sur la pièce fraîche : en effet, outre les végétations, les fentes kystiques contiennent une abondante sérosité jaunâtre ou citrine, qui, en s'écoulant, transforme la surface de coupe en une masse assez homogène, ruisselant de liquide, et présentant un ensemble tremblotant, gélatineux. C'était le cas dans notre observation I, et c'est seulement après durcissement dans le formol que la tumeur a pris l'aspect décrit plus haut. Dans ce cas, il est vrai, il faut tenir compte, outre la sérosité intrakystique, de la présence d'un *liquide interstitiel* dont est gorgé le tissu conjonctif, et qui vient exsuder à la surface de coupe. La présence de ce liquide est à noter, dans un certain nombre de cas, et c'est alors qu'histologiquement la tumeur présente une allure pseudo-myxomateuse intéressante à étudier. La *consistance* des parois des fentes et des végétations qui y font hernie, est alors mollasse, tremblottante, et cela explique la sensation de pseudo-fluctuation que donne la tumeur. Dans les cas, au contraire, où il n'y a pas de liquide interstitiel, l'allure générale est fibreuse, la consistance dure.

Il est évident que cette division en trois types est forcément schématique, et ne répond pas à la réalité des faits : dans la plupart des cas, il y a dans la même tumeur présence de deux, parfois des trois variétés d'aspect. C'est le type à grands kystes qui est le moins individualisé, il est toujours accompagné de portions à aspect fibreux ou végétant.

Un dernier point nous reste à envisager : retrouve-t-on sur la section de la tumeur des vestiges de tissu mammaire ? Autrement dit, la mamelle a-t-elle été envahie en masse, ou la tumeur s'est-elle développée au dépens d'une portion seulement de la glande, en respectant le reste ?

Dans la très grande majorité des cas, ce qui n'a rien d'étonnant avec des néoplasmes aussi volumineux, on ne retrouve aucune trace de la glande : celle-ci a entièrement disparu, soit qu'elle ait été, dès le début, prise en masse par la tumeur, soit que peu à peu elle ait été envahie. Dans quatre cas, seulement, on retrouvait nettement du tissu mammaire normal. Dans l'observation x (Labbé et Coyne), la portion de glande paraissant saine fut laissée, et dans la suite, il s'y développa une nouvelle tumeur. Dans le cas de Sengensse (obs. xvi), une partie de la glande avait été perçue cliniquement à la palpation, sous la forme d'une petite portion mollasse dans le cadran inféro-interne de la masse. Enlevée avec la tumeur, on y trouva un noyau de fibro-adénome gros comme une noix.

Il faut remarquer, toutefois, que, au cours de l'examen macroscopique, on pourrait reconnaître tout élément glandulaire : on retrouve, en effet, sur la surface de coupe, à la périphérie de préférence, de petits îlots cellulo-adipeux qui sont des vestiges du tissu mammaire normal, ainsi qu'il est facile de le contrôler par l'examen histologique.

Etude histologique

Un compte rendu de l'examen microscopique accompagnant la plupart des observations, une description détaillée serait inutile. Nous nous bornerons à souligner les traits essentiels, en groupant entre elles les principales variétés histologiques.

Sous quel terme peut-on, dans l'ensemble, désigner ces 29 tumeurs géantes, qui ont pour trait commun un caractère négatif: celui de n'être pas des sarcomes? On peut dire, d'une façon générale, que ce sont des *Fibro-adénomes*. En effet, si l'on passe en revue, l'une après l'autre, chaque tumeur, on constate que l'ensemble peut être groupé dans le tableau suivant:

1° FIBRO-ADÉNOMES	sans autres précisions ou sans caractère végétant accusé	10
2° FIBRO-ADÉNOMES VÉGÉTANTS (CYSTOSARCOMA PHYLLODES)	typiques	11
	probables	2
3° FIBRO-ADÉNOMES *à stroma fibreux en prolifération* active		3
4° FIBRO-ADÉNOME à prédomin. fibreuse diagnostiqué *Fibrome*		1
5° FIBRO-ADÉNOME à prédomin. glandulaire diagnost. *Adénome*		1
6° FIBRO-ADÉNOME avec prédominance de tissu myxomateux diagnostiqué *Myxome*		1
TOTAL		29

Il faut donc envisager successivement ces différentes variétés, et dans le dernier paragraphe, en même temps

que le cas diagnostiqué Myxome, nous étudierons la dégénérescence muqueuse du stroma, que l'on retrouve dans un certain nombre de tumeurs et qui leur donne un aspect pseudo-myxomateux.

Variété I. — Fibro-adénomes ordinaires

(Obs. v, vi, xiii, xvii, xxii, xxiv, xxvi, xxviii et obs. xxvi et xx)

Nous avons réuni, dans ce groupe, les cas sur lesquels les renseignements sont insuffisants (observations anciennes de Péan, de Labbé et Coyne, de Winokouroff, par exemple; observations de Anger, Guyot, Irving Haynes, Henderson, Pluyette, dans lesquelles le diagnostic est donné sans description). Nous leur avons point les deux cas de Sengensse et de Rochard. Il s'agit de tumeurs constituées par une gangue conjonctive et des cavités tapissées d'épithélium. La gangue est formée de faisceaux fibreux, composé de fibrilles qui dessinent un feutrage assez serré, et de cellules fusiformes allongées dans le sens des fibrilles. Ces faisceaux forment une paroi plus ou moins individualisée autour des cavités. Celles-ci sont variables: un grand nombre sont arrondies, régulières et représentent des conduits glandulaires; les autres sont irrégulières, en forme de fentes allongées, ou ramifiées, dispositions dues à des bourgeons fibreux qui font saillie dans leur lumière. Toutes ces cavités sont bordées par un épithélium cubique en une, deux ou trois couches régulièrement ordonnées. On voit donc qu'il s'agit ici du type ordinaire de Fibro-adénome (F. A. Tubuleux), mais qu'il présente en certains points des formations intracanaliculaires, qui nous conduisent à envisager la deuxième variété, de beaucoup la plus importante. (On peut supposer, en outre, que parmi les six tumeurs précédentes, dont nous ne possédons pas la description, plus d'une pourrait entrer dans ce deuxième groupe).

Variété II. — Fibro-adénomes végétants intra-canaliculaires (cystosarcoma phyllodes)

(Obs. I, VII, IX, X, XI, XII, XIV, XV, XVIII, XIX, XXIII)

La description minutieuse de notre observation *I* nous dispensera d'entrer dans les détails.

La présence de végétations intracanaliculaires, telles que la fig. I de la planche 3 les montre à un faible grossissement, est le fait essentiel.

Les *cavités* sont très variables, de grandeur et d'aspect, suivant les points considérés. Toutes les formes de transition se rencontrent, depuis le conduit galactophore régulier et à peine dilaté, jusqu'aux énormes formations kystiques, irrégulières et ramifiées, pouvant, à elles seules, occuper toute une préparation. La lumière de ces cavités est presqu'entièrement réduite à l'état de cavité virtuelle, étant obstruée par des *végétations issues des parois,* qui s'étalent en formations plus ou moins découpées, rappelant tout à fait une feuille. Dans les petites cavités, le bourgeonnement se réduit à un axe conjonctif qui, refoulant devant lui l'épithélium, donne au conduit un aspect papillaire. Suivant l'incidence des coupes, les bourgeons coupés transversalement, apparaissent ronds au milieux de la lumière, ou s'ils sont coupés longitudinalement, ils présentent des lobes allongés, et la cavité prend un aspect de fissure à ramifications multiples.

L'*épithélium* glandulaire, unistratifié dans les grandes formations kystiques, à deux ou trois rangs de cellules dans les petits conduits, garde ses caractères normaux. L'incidence de la coupe peut cependant, dans certains tubes, donner l'impression d'une prolifération épithéliale. Nous reviendrons sur ce point, en étudiant le diagnostic histologique. Les végétations qui sont formées par

Planche 3. — *Figure I*

Très faible grossissement. Enorme végétation intra-canaliculaire.
Type de Cystosarcoma phyllodes

Planche 3. — *Figure II*

Fort grossissement. — A. Cavité Kystique.
B. Végétation dont le stroma est atteint d'altération myxomateuse.
C. Paroi du kyste (tissu fibreux),

le tissu conjonctif des parois, refoulent devant elles l'épithélium, en faisant hernie dans les cavités; on les trouve donc toujours tapissées par un revêtement épithélial. En certains points, cependant, ce revêtement a pu desquamer et tomber dans la cavité, où il n'est plus reconnaissable.

Le *contenu*, enfin, de ces cavités est un liquide fortement mucoïde. C'est grâce à sa présence que les végétations foliacées restent écartées les unes des autres et gardent leur forme. En petites quantités dans ces cavités, il peut s'accumuler dans d'autres. Il donne alors lieu à des kystes macroscopiquement visibles, pouvant atteindre, si la sécrétion est continue, des dimensions très considérables. L'état du tissu conjonctif des espaces interkystiques et des végétations est variable de densité. Son étude nous retiendra particulièrement, quand nous étudierons le diagnostic histologique. Signalons, dès maintenant, que, très fréquemment, il est le siège de cette dégénérescence muqueuse qui va être étudiée tout à l'heure.

En résumé, ces fibro-adénomes végétants intracanaliculaires se caractérisent par des *proliférations irrégulières de tissu conjonctif à trame variable, formant des végétations foliacées, refoulant l'épithélium dans les cavités glandulaires et les déformant.* Ces cavités figurant des fentes à ramifications multiples, sont remplies d'un liquide mucoïde qui, lorsqu'il est abondant, peut donner lieu à des kystes très considérables. Le terme de « Fibrocystadénomes végétants intracanaliculaires » nous parait être celui qui les définit le mieux.

La lecture des onze observations qui entrent dans ce groupe permet de constater qu'il y a peu de différences entre elles. Ces tumeurs se distinguent seulement par leurs cavités kystiques plus ou moins considérables, par la nature tantôt plus dense, tantôt plus lâche et œdémateuse de

leur stroma conjonctif. A ces 11 tumeurs nous joignons la célèbre observation de Velpeau (obs. III), et celle de Péan (obs. IV), pour lesquelles nous ne possédons pas de renseignements histologique sprécis. Billroth avait classé la première parmi les cystosarcoma phyllodes. Quant à la seconde, la présence de cavités kystiques au côté « de tissu acineux hypertrophié, mélangé a du tissu fibroïde et à du myxome », nous semble autoriser son entrée dans ce groupe.

Variété III. — Fibroadénome a stroma fibreux en prolifération active

(Obs. II, VIII, XXV)

Nous réunissons ici le cas de Labbé et Coyne, dans lequel il y avait « une hyperplasie considérable de la charpente fibreuse », à notre observation II et à l'observation de Beatson qui s'en rapproche beaucoup, puisque: à un premier examen on avait estimé qu'il y avait des proliférations sarcomateuses, et l'on conclut ensuite qu'il s'agissait d'un fibro-adénome avec stroma en prolifération active.

Suivant les points considérés, on se trouve donc ici en présence d'images typiques de fibro-adénome: cavités glandulaires, bordées d'épithélium typique, tantôt arrondies, tantôt tubulées et qui représentent des acini glandulaires en nombre considérable. Ces cavités sont entourées d'une gangue de tissu fibreux très dense, à faisceaux collagènes très marqués.

Au contraire, en d'autres préparations, les tubes glandulaires ayant disparu, on a un aspect de fibrome particulièrement dense. Suivant la disposition des fibres collagènes qui peuvent être peu visibles, la présence de fibroblastes très serrés avec noyaux anormalement grands, cet aspect peut prêter à confusion avec du sarcome fuso-cellulaire. Nous aurons à y revenir.

Variété IV. — Fibro-adénome diagnostiqué fibrome

(Obs. xxix)

Ce cas de Copello se rapproche beaucoup des précédents, du fait qu'il présente une hyperplasie conjonctive énorme. Il s'en distingue parceque la prolifération fibreuse a étouffé les éléments glandulaires. Cependant, la persistance de quelques canaux glandulaires présentant un épithélium, permet de considérer cette tumeur comme une fibro-adénome ayant secondairement évolué vers le fibrome.

Variété V. — Fibro-adénome diagnostiqué adénome

(Obs. xxvii)

Cette observation de Rais est, en sens inverse, symétrique de la précédente. Il s'agit ici d'une prolifération régulière, très abondante, d'acini glandulaires, normaux, réunis en grains. Tout autour le stromaconjonctif est très réduit et semble normal, sans réaction fibreuse. Pour l'auteur, il s'agirait d'une adénome pur, mais l'examen des préparations à la Société Anatomique fit penser à M. Gandy qu'il s'agissait pourtant d'une fibro-adénome.

Variétés VI. — Fibro-adénome diagnostiqué myxome

(Obs. xxi. — Clément)

Dans ce dernier cas, enfin, l'auteur porte le diagnostic de Myxome, par suite de la prédominance de tissu muqueux. Mais il signale des acini glandulaires et l'évolution du tissu muqueux vers le type fibreux en certains points: il s'agirait donc d'un Adéno-fibro-myxome.

Il est regrettable que cette observation ne nous décrive pas les traits essentiels de ce tissu muqueux, sur lequel l'auteur base son diagnostic de Myxome. En effet, « *il est*

très rare de trouver dans le sein un myxome pur ». (Labbé et Coyne) et il esmble assez exceptionnel que l'on y trouve du myxome *vrai,* c'est-à-dire un tissu rappelant la gelée de Wharton du cordon ombilical, avec grandes cellules étoilées à prolongements, s'anastomosant entre eux. Le plus souvent il paraît s'agir d'une transformation spéciale du tissu conjonctif œdématié, infiltré par une sérosité qui dissocie les fibres collagènes. Si l'on peut donner le nom de Myxome à des néoplasmes présentant cette imbibition spéciale du stroma conjonctif, 10, sur 29, de nos tumeurs, mériteraient ce nom, et notre observation I pourrait être prise comme type. A l'examen macroscopique, elle présentait un aspect uniforme, de gelée tremblotante, de couleur jaune citrin tout à fait caractéristique. Le microscope montrait cependant des variations assez marquées, avec tous les termes de transition, depuis un stroma fibreux assez dense jusqu'à un stroma à fibres dissociées et infiltré de liquide mucoïde; ce qui semble démontrer qu'il s'agit d'une dégénération particulière qui a atteint plus ou moins les différentes parties du tissu conjonctif. La fig II de la planche 3 montre, à un assez fort grossissement, l'aspect de ce tissu ainsi infiltré. Il s'agit là de végétations intrakystiques B, faisant hernie dans la lumière de la cavité A. Elles ont un aspect clair, réfringent très spécial: les fibrilles conjonctives s'y devinent à peine, les noyaux de cellules fixes y sont rares. On n'aperçoit pas de cellules étoilées à prolongements.

Par comparaison, la paroi de la cavité C présente un aspect beaucoup plus sombre, et bien qu'à ce niveau le tissu conjonctif ne soit pas très dense, il a pourtant un aspect nettement fibreux, à noyaux nombreux. Sur une préparation colorée à l'hématéine-éosine, cette paroi est nettement colorée, alors que les végétations sont à peine

teintées, ou même n'ont pas pris du tout le colorant. La nature du liquide interstitiel qui les infiltre est difficile à préciser. Il est manifestement mucoïde, se colorant en rose très pâle avec le Van Gieson, mais les colorations électives de la *mucine* ne donnent pas de résultats très nets : seules les coupes traitées par la Thionine de Hoyer montrent un coagulum légèrement rougeâtre, dans l'interstice de fibrilles colorées en bleu.

La fréquence de cette infiltration tissulaire par un liquide interstitiel mucoïde semble digne d'être signalée. Etant donné qu'elle se rencontre en îlots, plus ou moins caractérisés, suivant les points, dans une même tumeur, et à cause de l'absence de cellules fixes à multiples prolongements, nous ne dirons pas que les tumeurs qui présentent cette transformation sont des myxomes ; nous les désignerons sous le terme d'adéno-fibromes végétants *à altération myxomateuse du tissu conjonctif.* Cette altération nous paraît jouer un certain rôle dans le développement énorme et rapide de ces tumeurs.

PATHOGENIE

Dans ce chapitre, on ne saurait guère qu'envisager des hypothèses, en essayant de répondre aux deux questions que voici :

1° Quelle est la pathogénie des Adéno-fibromes ?

2° A quoi peut-on imputer l'énorme développement de ceux que nous étudions ?

On sait combien la première question est controversée ; elle a donné lieu à de très nombreux travaux, parmi lesquels il faut citer les importantes et récentes publications de La Roy, de Berka (1912), de Letulle (1913). Deux opinions principales sont en présence :

La première, dont Pierre Delbet s'est fait, depuis 30 ans, le défenseur, est que les adéno-fibromes reconnaissent une *origine inflammatoire,* et qu'ils sont le résultat de mastites chroniques.

La deuxième considère les adénofibromes comme des néoplasmes : leur origine relèverait de malformations embryogéniques. Pour Ribbert, ils se développeraient aux dépens de *germes embryonnaires,* inclus dans la glande, et qui évolueraient ultérieurement. Pour Letulle, il s'agirait d'aberrations de développement, et il les considère comme des « *dysembryoplasmomes* ».

Baumgartner, Lcène se rallient dans leurs ouvrages récents à cette théorie.

De l'examen des observations que nous rapportons,

nous ne saurions apporter une conclusion dans une question si délicate. Cependant, la majorité de nos cas étant des Fibro-adénomes végétants, des Cystosarma phyllodes, nous devons attacher une certaine importance à l'opinion de Max Wulfing, pour lequel « on ne saurait se contenter pour expliquer l'origine du cystosarcoma phyllodes, de la supposition d'un germe embryonnaire soudain développé; il faut l'expliquer par des troubles d'évolution et des processus d'irritation chronique ». Il rattache donc, avec Lukowski cette variété proliférante de fibro-adénomes, à la *Fibromatose diffuse,* qui correspond à notre *mastite chronique*.. Rappelons, à ce sujet, que dans la tumeur de Finsterer (obs. xxiii) on trouvait dans les parties périphériques de la pièce, des signes d'inflammations chronique: vaisseaux dilatés, richesse cellulaire plus grande, infiltration leucocytaire. Sur la très grande majorité de nos préparations de la tumeur de l'observation i, aussi bien dans les travées fibreuse qui courent entre les tubes à parois hypertrophiées que dans le stroma des végétations, on est frappé de constater des plages d'infiltration leucocytaire: de très nombreux mononucléaires et des macrophages y sont visibles. En certains points, leur accumulation présente l'aspect de véritables foyers lymphoïdes; le plus souvent ils se trouvent au voisinages de tubes glandulaires, ainsi que le représente la microphotographie de la figure I de la planche 4. On y voit un conduit A, dont l'épithélium régulier semble en prolifération à l'extrémité droite de la lumière (aspect produit par la coupe légèrement oblique); à son extrémité gauche, l'épithélium est partiellement masqué par une infiltration leucocytaire B, qui se prolonge au sein du stroma conjonctif voisin, pour y former un noyau très net qui va jusqu'au contact d'un deuxième tube plus petit. Une série de mononucléaires sont répan-

dus dans le tissu fibreux. On a ainsi l'impression d'un processus inflammatoire ayant pour origine les tubes. Cette apparence de « galactophorite chronique » joue-t-elle un rôle dans la genèse de la tumeur? Cela est possible, et porterait à penser qu'outre la théorie dysembryoplasique, il faut admettre le rôle de processus d'inflammation chronique.

On pourrait répondre à la deuxième question, que l'énorme et rapide dévelopement des tumeurs dont il s'agit ici est dû à la prolifération intense de l'un de leurs éléments. Mais ce n'est pas là une explication, car cela ne nous dit pas le pourquoi de cette prolifération. Si, nous en contentant, pourtant, nous cherchons à savoir quel est l'élément à la surabondance duquel le néoplasme doit son volume excessif, nous constatons que, dans trois cas seulement, il s'agissait d'une hypertrophie fibreuse, et que, dans la majorité des cas on trouve: ou des kystes à contenu liquide très abondant, ou des kystes bourrés d'énormes végétations. Deux éléments sont donc en cause: l'épithélium des cavités qui secrète le liquide intrakystique et le tissu conjonctif qui pousse des végétations intracanaliculaires. Mais il faut remarquer que, dans dix cas au moins, la tumeur présentait cette imbition de liquide interstitiel que nous avons désignée sous le nom d'*altération myxomateuse du stroma*. Il y a là plus qu'une coïncidence, et cela correspond bien à l'opinion de Labbé et Coyne, d'après lesquels les myxomes atteignent *rapidement* des dimensions, toujours *considérables*. Quant à A. et H. Malherbe, ils n'ont « jamais vu un fibrome atteignant le volume du poing *qui ne fut pas myxomateux* par places ». Ainsi, qu'il soit intrakystique ou qu'il soit interstitiel, c'est à ce liquide mucoïde, si souvent rencontré, qu'il faut imputer le volume de beaucoup de nos tumeurs. Rien ne sau-

rait mieux, qu'une sécrétion muqueuse abondante, expliquer la soudaine augmentation de volume signalée dans la symptomatologie: dans notre observation 1, c'est en moins de deux mois que la tumeur avait atteint son énorme développement, et à la coupe elle ruisselait de liquide mucoïde. Quant à la cause de cette production, elle nous échappe. Cependant, on ne peut s'empêcher, en voyant ce tissu infiltré de sérosité, de le comparer au tissu infiltré des œdèmes. Y aurait-il une stase circulatoire qui expliquerait la transsudation des liquides hors des vaisseaux? Faut-il admettre que les veines mammaires profondes puissent être comprimées quand la tumeur atteint un certain volume? La présence de petits foyers d'hémorragies interstitielles, celle d'hémorragie intrakystiques (qui, certainement jouent aussi un rôle dans la subite augmentation de volume) et la circulation veineuse supplémentaire de la superficie, pourraient nous le faire croire. Mais il ne s'agit là que d'une hypothèse, et le *primum movens* de l'accroissement de nos tumeurs nous échappe.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes des tumeurs géantes non sarcomateuses du sein, tels que nos 29 observations nous permettent de les envisager, ne présentent aucun caractère spécifique. On y trouve un certain nombre de traits communs, qui, cliniquement, ne permettent guère de les distinguer des sarcomes.

Le *début* est toujours insidieux. Tantôt la malade s'aperçoit par hasard que l'un de ses seins est un peu plus volumineux que l'autre, et elle assiste petit à petit à son augmentation uniforme. Tantôt, au contraire, elle avait constaté depuis longtemps qu'elle avait dans un sein une petite portion plus dure que le reste de la glande, et c'est ce petit noyau arrondi qui s'est mis progressivement à grossir. En général, il n'y a pas d'autre symptôme. Dans notre observation II seulement, une sérosité sanguinolente s'était écoulée par le mamelon, alors que la tumeur n'avait pas encore atteint un très gros développement. On ne le retrouvait plus quand la malade vint se faire opérer. L'augmentation de volume est très lente, indolore, et la femme n'y prête parfois aucune attention, si bien que, présentant déjà une notable tumeur, elle ne songe pas à consulter un médecin, ou bien refuse l'intervention qu'on lui conseille.

Le plus souvent, la tumeur n'atteint pas ainsi insensiblement un très grand volume. Après être restée longtemps stationnaire, ou avoir mis des années à s'accroître

de très peu, *brusquement elle se met à grossir dans d'énormes proportions.* Les choses se sont passées ainsi dans 13 de nos cas. L'augmentation de volume peut se faire avec une extrême rapidité: il semble que l'on voit grossir la tumeur de jour en jour. Le sein peut doubler ou tripler de volume en quelques semaines (obs. XIV), en deux mois (obs. I). Dans 2 des cas de Cornil, l'évolution s'était faite en six mois.

Cette hypertrophie subite peut se produire pendant la grossesse (obs. XXVII), au cours de l'allaitement (obs. VIII). L'influence de la puberté est à envisager dans les observations XIII et XXIV, qui concernent des jeunes filles de 13 ans; celle de la ménopause dans l'observation XIV, où une tumeur, stationnaire depuis quatre ans, s'est mise à grossir rapidement, après la cessation de la menstruation. En général, pourtant, il est impossible de découvrir une relation entre l'augmentation de volume et une cause quelconque.

Ce brusque accroissement ne va pas sans s'accompagner de *sensations douloureuses.* Elles sont peu marquées: ce sont des impressions de brûlures, de picotements, des tiraillements qui peuvent s'irradier dans le bras. Lorsque la malade a ses règles, il se produit assez fréquemment une légère accentuation de ces impressions douloureuses. En fait, c'est surtout par une pénible sensation de *pesanteur* que la tumeur est gênante. Ce poids de plusieurs kilogrammes parfois, appendu à sa poitrine, éprouve la malade, l'obligeant à se coucher sur le côté, pour se soulager de ce poids, lorsqu'elle est au lit, et rendant nécessaire l'emploi d'un « soutien-gorge » de dimensions appropriées, avec des bretelles, capable de supporter une pareille masse. Malgré toutes les précautions, du reste, la tumeur est une cause de gêne constante, obligeant la femme à aggrandir ses corsages, constituant une difformité pénible

et proéminant de telle façon qu'elle est sans cesse exposée à des traumatismes.

Cependant, les douleurs étant en somme peu marquées (elles peuvent manquer entièrement) et la force de l'habitude aidant, la malade peut encore patienter. Ses forces restent intactes; elle conserve son appétit, son activité; elle ne maigrit guère, elle attend pour trouver un chirurgien, jusqu'au jour où la tumeur, accablante par son poids, s'étant ulcérée, devient une infirmité insupportable.

La malade se présente avec un teint habituellement normal, à peine pâli parfois. Son état général est satisfaisant. Avant même qu'elle soit déshabillée, les proportions de sa poitrine attirent l'attention: c'est, en effet, le volume, la masse de la tumeur qui en est la principale caractéristique.

Ce *volume* est énorme. Il n'est pas besoin de souligner le fait: un coup d'œil sur les photographies de nos malades le rend évident. Il existe, à ce sujet, des variations marquées déjà signalées, lorsqu'il a été question du poids de ces tumeurs. Leur *aspect clinique* est également variable et assez difficile à préciser, les descriptions des auteurs étant très souvent insuffisamment détaillées. Les comparaisons employées par eux, ne sont, en général, destinées qu'à donner une impression de volumineuse masse arrondie: la tumeur est presque toujours comparée à une tête. Une reproduction illustrée de la tumeur n'accompagne l'observation que dans les cas de Velpeau, Sengensse, Finsterer, Irving Haynes, Beatson, Pluyette, Copello.

Si l'on considère la figure 1, qui représente la tumeur de notre observation 1, on voit que le sein est hypertrophié en une volumineuse masse qui pend jusqu'au-dessous de l'ombilic, sans que l'organe soit rendu méconnaissable; augmenté dans des proportions énormes, plus ou moins déformé par des bosselures qui se devinent sous la peau,

il conserve encore une certaine régularité ; bien que reporté légèrement en bas et en dedans, le mamelon se trouve néanmoins à sa place à peu près normale. La mensuration permet de constater qu'il y a peu de différence entre le diamètre vertical et le diamètre transversal. En somme, la mamelle est transformée en une énorme masse piriforme dont la base d'implantation thoracique représente l'aire d'application normale de la glande sur les plans profonds et qui constitue une sorte de pédicule assez étroit.

12 autres tumeurs, sur 29, déformaient le sein d'une façon analogue, plus ou moins, suivant que la masse descendait plus ou moins bas, et suivant l'étendue du pédicule. Dans tous ces cas, la tumeur retombait sur le ventre, atteignant ou dépassant l'épine iliaque antéro-supérieure. Dans le cas de Péan (obs. IV), dans celui de Guyot (obs. XXI), elle pendait jusqu'au devant de la cuisse.

La photographie de la malade de notre observation II montre un aspect très différent. La masse tumorale s'est développée dans le sens transversal par la confluence de bosselures voisines. Il en résulte que le sein n'est plus reconnaissable qu'à la présence du mamelon, que l'on voit à la partie inférieure et médiane de la tumeur. La surface d'implantation sur le thorax est large et ne donne en rien l'impression d'un pédicule. On pourrait presque, à première vue, se demander si c'est bien au dépens du sein que s'est développée cette énorme masse.

La tumeur rapportée par Finsterer (obs. XXIII), constituée également par plusieurs noyaux, avait aussi transformé le sein en une masse informe, irrégulièrement triangulaire. Dans le cas de Doran (obs. XV), la tumeur, surtout développée à la partie supérieure de la glande, était située sous la clavicule.

Une forme intermédiaire entre les deux types représentés par nos photographies se retrouve dans 2 cas de Labbé

et Coyne (obs. VII et IX) et dans l'observation de Beatson (obs. XXV) : la tumeur a hypertrophié toute la mamelle, mais s'est surtout développée dans le cadran supéro-externe, formant à ce niveau une volumineuse bosselure se prolongeant vers l'aisselle.

En résumé, si la forme des différentes tumeurs varie suivant les cas, elle présente toujours une irrégularité manifeste et des bosselures plus ou moins marquées.

La *coloration* de la peau qui recouvre la tumeur peut être *normale,* mais cela n'est pas très fréquent. Les observations V, XVI, XXV, XXIX, où c'était le cas, concernent des tumeurs à évolution longue et progressive, n'ayant présenté dans les derniers temps qu'une augmentation pas très rapide. Dans la majorité des cas, la peau présente un *aspect pseudo-inflammatoire:* elle est rougeâtre, tendue, luisante, donnant l'impression qu'une collection va se faire jour au travers. En effet, la coloration simplement marbrée à la périphérie de la masse est nettement plus violacée en certains points qui correspondent à la saillie culminante d'une bosselure. La température locale est augmentée. Dans 11 de nos cas, cette allure inflammatoire est signalée.

La peau, distendue et amincie, laisse voir par transparence le *lacis veineux sous-cutané.* Ce caractère ne manque dans aucun cas et, dass la plupart, les veines sont considérablement dilatées, atteignant souvent la grosseur d'une plume d'oie. Elles forment un réseau à larges mailles, dont les gros troncs se dirigent verticalement, anastomosés entre eux par de fines ramifications flexueuses.

Dans 9 cas enfin, au premier regard l'attention se portait sur une *ulcération.* Dans les observations II et XXIII, il y en avait de multiples. Le siège de l'ulcération est, de préférence, situé sur la portion supérieure de la tumeur, dans les points répondant aux bosselures les plus proémi-

nantes et qui, par conséquent, subissent le plus facilement des traumatismes répétés. Dans notre première observation, l'ulcération était située à la partie inférieure de la masse, en un point où la malade se serait donné un coup avec sa navette.

C'est cependant la distension à l'extrême de la peau, plus que le traumatisme, qui en amène l'ulcération; sous la poussée interne de la tumeur, « une sorte d'éclatement » (obs. XXI) de la peau se produit par usure mécanique, sans que celle-ci ait été envahie par le néoplasme. Les bords de la surface cruentée sont arrondis, amincis, décollables; quant à son fond, il ne présente, quand l'ulcération est peu étendue ou récente, qu'un aspect rougeâtre uniforme et ne laisse suinter qu'un peu de sérosité. Dans des cas plus avancés, au contraire, la capsule de la tumeur elle-même a été érodée et celle-ci fait issue au dehors, sous forme d'un champignon exubérant (obs. XXI), ou, au contraire, se creuse en se nécrosant et laisse écouler une sanie infecte (obs. VI).

Le *mamelon* est, dans presque tous les cas, aplati, étalé, presque effacé, parfois d'autant plus malaisément reconnaissable qu'il est considérablement désaxé par la poussée de la tumeur. Il n'est jamais rétracté ni adhérent. L'aréole disparaît presque complètement; dans le cas de SENGENSSE (obs. XVI), au contraire, elle avait des dimensions considérables.

La palpation permet de constater que *la peau n'est pas adhérente;* sa mobilité sur le plan sous-jacent n'est limitée que par suite de sa distension et de son amincissement.

La *surface* de la masse est *irrégulière*. Le doigt, mieux que l'œil y découvre des lobulations et des bosselures. Sa *consistance* est variable: en général ferme et élastique, elle est, en certains points, mollasse, parfois nettement fluctuante, ce qui indique sa nature kystique.

La mobilité du sein hypertrophié est conservée: la tumeur semble indépendante des muscles pectoraux; suivant qu'elle est plus ou moins pédiculée, les mouvements qu'on peut lui imprimer sont plus ou moins importants; c'est la mobilité transversale qui est surtout nette.

Cette palpation de la tumeur est *indolore*. Dans les points où la peau est rouge et distendue, prête à éclater, la pression ne provoque qu'une gêne vague, ce qui prouve bien que l'on est en présence d'un aspect pseudo-inflammatoire, et non d'un abcès sur le point de s'ouvrir.

La palpation minutieuse de l'aisselle, complément indispensable de l'examen de toute tumeur du sein, n'y révèle pas d'*adénopathie*. Lorsque le doigt y découvre un ou deux petits ganglions mobiles, c'est que la tumeur examinée présente une ulcération, porte d'entrée d'une infection légère.

DIAGNOSTIC

Nous avons affaire à des tumeurs énormes du sein : à quel diagnostic pouvons-nous nous arrêter, cliniquement tout d'abord, histologiquement ensuite ?

Diagnostic Clinique

Il faudrait envisager ici toutes les causes d'hypertrophie mammaire ; encore faudrait-il être sûr que la tumeur que l'on examine a bien pour siège la mamelle. La confusion a été possible : un sarcome cutané du thorax a pu être pris pour une tumeur du sein (Tietze) ; un angiofibrome rétro-mammaire peut augmenter de volume le sein, comme dans le cas de Wiedhopf. En réalité, le champ des hypothèses est assez restreint, et, la masse en question étant bien la mamelle, quelles sont les affections qu'il faut éliminer ?

A. — Lésions inflammatoires

C'est l'aspect pseudo-inflammatoire que nous avons signalé (peau luisante, tendue, violacée, chaude) et la rapidité d'évolution qui peuvent faire songer à des accidents infectieux, de mammite. En fait, la question ne se pose pas. Il n'est pas d'exemple d'abcès du sein, envahissant et hypertrophiant à un semblable degré, la palpation n'est pas douloureuse et il serait facile de constater par la ponction qu'aux points où la peau semble prête à s'abcéder, il n'y a pas de pus.

B. — Néoplasmes

Il est des tumeurs rares dont on cite quelques cas ayant atteint un volume considérable : la *galactocèle* géante de Scarpa, le *lipome* de Billroth, celui de Velpeau. Le premier cas est exceptionnel, le second très rare et le diagnostic préopératoire du lipome doit être très difficile, sinon impossible. L'*hypertrophie graisseuse* dont Peraire et Cornil ont rapporté un cas ayant simulé une tumeur maligne, peut également être laissée de côté.

La question du diagnostic avec le *cancer* ne saurait se poser. Jamais celui-ci n'atteint un volume pareil. Sa forme la plus hypertrophique, à allure inflammatoire, la mastite carcinomateuse de Volkmann elle-même, ne saurait être envisagée, sa bilatéralité, son apparition *post partum* la caractérisent assez.

Il faut, par contre, envisager le diagnostic avec l'*hypertrophie mammaire pseudo-éléphantiasique de la puberté*. Cliniquement, on peut se baser sur un trait essentiel; l'hypertrophie mammaire, qui peut atteindre des proportions effrayantes, est, en règle quasi-générale, *bilatérale*. Sur 76 observations, Kasper Blond (1921) en trouve 14 seulement où la tumeur était unilatérale; encore croit-il qu'ultérieurement le second sein est toujours pris. L'évolution lente, mais progressive, l'uniformité de la tumeur, hypertrophiant mais ne déformant pas l'organe à proprement parler, l'aspect clinique général en rendent le diagnostic évident. L'examen histologique le contrôle. — Dans nos deux cas de tumeurs géantes survenues chez des jeunes filles peu après la puberté, la confusion clinique n'était guère possible : dans le premier, où il existait un aspect pseudo-inflammatoire, Marc Sée avait porté le diagnostic de sarcome; dans le second, la présence d'une ulcération avait aussi orienté le diagnostic vers une tumeur maligne.

Enfin — c'est là tout le problème — peut-on envisager cliniquement déjà que les tumeurs géantes dont nous nous occupons ne sont pas des sarcomes?

« Quand, dit Delbet, l'adénosarcome a acquis un gros volume, ce volume même constitue une grande probabilité pour le diagnostic. Il n'y a que le sarcome qui produise ces énormes tumeurs... Quand la tumeur contient des kystes, sa physionomie clinique devient si caractéristique que le diagnostic saute, pour ainsi dire, aux yeux. Le sein est déformé, amplifié, bossué par une énorme tumeur irrégulière, à grosses saillies arrondies, qui peut dépasser les limites de l'organe. Le mamelon étalé est rejeté sur le côté. La peau est sillonnée de grosses veines distendues. Mais la tumeur est parfaitement mobile, il n'y a pas de ganglions, pas de douleur et l'état général est parfait. Une telle tumeur ne peut être qu'un adéno-sarcome. »

On voit par cette description que les fibro-adénomes géants ne sauraient en être distingués: il semble, à lire tous les auteurs, que ce sont justement eux qui ont été pris comme types dans tous les tableaux cliniques de sarcome, et, si nous remontons à des descriptions anciennes, nous voyons, par exemple, que, dans Billroth, c'est au chapitre des cystosarcoma phyllodes, proliferum, que l'on trouve un tableau clinique tel que celui tracé par Delbet. Nous avons dit, au début de ce travail, que ce terme de cystosarcoma phyllodes prêtait à confusion et qu'il répondait surtout à des tumeurs histologiquement bénignes. De là à insinuer que les descriptions que les classiques donnent du sarcome du sein concernent, en réalité, des fibro-adénomes végétants intracanaliculaires, il n'y a qu'un pas. Ce pas, nous serions tenté de le franchir.

C'est tout au moins pour en indiquer la possibilité que nous avons reproduit en tête de nos observations celle de la tumeur de 20 kilos, observée par Velpeau. Ce cas célè-

bre est reproduit par tous les classiques, pour montrer l'énorme volume que peuvent atteindre les sarcomes du sein. Il semble que ce soit Billroth qui, le premier, ait employé à son propos le mot de sarcome, utilisé par tous les auteurs après lui ; mais c'est parmi les cystosarcoma phyllodes qu'il l'avait rangée, il nous est donc permis de nous demander s'il ne s'agissait pas d'un fibro-adénome végétant. Cette discussion rétrospective de diagnostic serait sans intérêt si elle ne pouvait pas se poser à propos de nombre de tumeurs énormes de la mamelle pour lesquelles le diagnostic de Sarcome a été porté d'après la seule allure clinique et le plus souvent un examen anatomopathologique superficiel. La guérison prolongée du sarcome étant, malgré tout, exceptionnelle, une très longue survie de 6, 8, 10 ans et plus, ainsi qu'il en est de signalées, nous paraît fortifier notre thèse qu'il s'agissait de tumeurs bénignes, et souligne à nos yeux l'importance qu'il faut donner à l'examen histologique du tissu conjonctif des énormes tumeurs du sein.

Diagnostic Anatomo-Pathologique

Ce diagnostic se heurte à de très réelles difficultés. Elles proviennent de la masse énorme de la tumeur. On peut dire même qu'un diagnostic formel est impossible. Comment, en effet, pouvoir se porter garant de la nature d'un néoplasme présentant souvent des aspects multiples, si on ne l'a pas débité tout entier en coupes sériées ? — chose manifestement impossible à réaliser. On peut cependant espérer que si des prélèvements ont été faits en de multiples points d'aspects différents, on aura eu chance de rencontrer et de contrôler les principaux aspects de la tumeur. Ainsi, multiplier les préparations, telle est la règle qui doit d'abord être suivie.

En second lieu, étant donné ce que nous savons du polymorphisme de certains tissus conjonctifs et de leur difficulté d'interprétation, l'étude ne saurait en être faite que sur de nombreuses préparations tratiées par des colorations électives, permettant d'exactes différenciations. Ajoutons, enfin, qu'il y aura intérêt à faire les prélèvements aussitôt après l'intervention et à les fixer immédiatement: c'est, en effet, sur des pièces mal fixées, surtout, qu'il est difficile de porter un diagnostic précis.

Quelles sont les étapes de ce diagnostic?

1° Constater quelle est la nature générale de la tumeur: c'est-à-dire la reconnaître pour du fibro-adénome;

2° Vérifier qu'en aucun point ce fibro-adénome ne présente une dégénérescence maligne, et que l'on est bien en présence d'une tumeur bénigne, histologiquement.

La première étape sera assez facilement franchie. Un examen rapide fera reconnaître le Fibro-adénome tubuleux avec ses tubes épithéliaux ramifiés, plongés dans un tissu conjonctif abondant, s'épaississant en virole autour d'eux. Le Fibro-adénome végétant intracanaliculaire se présente avec des bourgeons conjonctifs en large végétations, pénétrant dans les cavités en y refoulant l'épithélium, de sorte que ces cavités sont déformées en fentes irrégulières, en fissures très compliquées. La coexistence de ces deux variétés en des points voisins de la même grosse tumeur est assurément fréquente. Tous les termes de transition peuvent alors se rencontrer. Si l'un des deux éléments constitutifs de la tumeur a pris le pas sur l'autre, pour former un Fibrome, comme dans le cas de Copello, ou un adénome comme dans celui de Rais, il faudra rechercher les restes de l'élément en voie de disparition, pour reconnaître que la tumeur est bien fibro-épithéliale.

Par cet examen, qui ne présente pas de difficulté, on

aura la preuve qu'il s'agit d'une formation adéno-conjonctive de la glande mammaire et qu'il ne s'agit pas de cas exceptionnels, tels que du Lipome, ou encore une tumeur leucémique, ainsi que le cas a été signalé par Mac Williams.

La deuxième étape du diagnostic est infiniment plus délicate: composée de tubes adénomateux, la tumeur peut évoluer vers le cancer, possédant un tissu conjonctif en hyperproduction, elle peut dégénérer en sarcome.

L'élément épithélial est en prolifération: cela est évident, puisque les cavités bordées d'un revêtement épithélial sont légion: acini glandulaires, conduits galactophores plus ou moins dilatés, grands kystes irréguliers à parois végétantes. Mais cette prolifération est *régulière*. L'épithélium de ces cavités est en voie de multiplication active mais non désordonnée. Ses cellules, très tassées les unes contre les autres, peuvent se disposer parfois sur trois ou quatre couches, leurs noyaux étant irrégulièrement superposés, mais leur structure reste typique, cylindrique ou cubique. Elles se multiplient avec intensité, mais c'est, non pour envahir le tissu périphérique en rompant la *membrana propria* qui les entoure, mais pour tapisser les culs-de-sac glandulaires agrandis et les végétations intracanaliculaires. Il y a donc Hyperplasie épithéliale.

Cette prolifération épithéliale pourrait-elle se confondre avec un épithélioma papillaire ou intracanaliculaire, au niveau de certains points où l'épithélium paraît former dans la lumière du tube une sorte de papille?

Sur la figure II de la planche 4, on voit, en plusieurs points, les résultats d'une prolifération active de l'épithélium qui revêt les canaux. Celui-ci, en C, donne lieu à une augmentation des couches qui constituent normalement le revêtement des cavités. En B, la prolifération four-

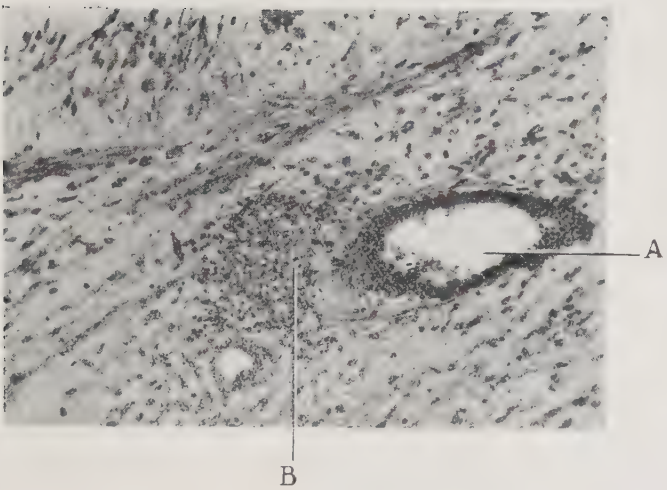

PLANCHE 4. — *Figure I*

Aspect inflammatoire au voisinage d'un conduit
A. Lumière du tube, — B. Infiltration de leucocytes

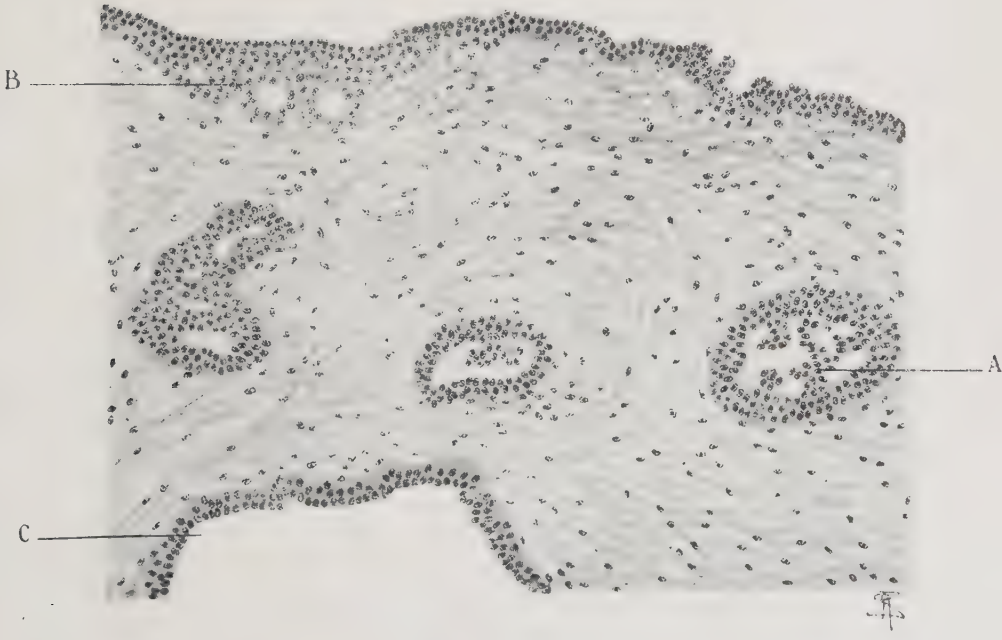

PLANCHE 4.— *Figure II*

Aspect papillaire de certains conduits glandulaires.
A. Papilles intra-canaliculaires.
B. Couches épithéliales en prolifération avec tubes glanduliformes
C. Bords d'un grand kyste à révètement épithélial régulier

nit un massif beaucoup plus épais, au sein duquel apparaissent des cavités pseudo-glandulaires. On peut se demander, toutefois, si cet aspect n'est pas dû à l'obliquité de la coupe par rapport au plan épithélial. L'aspect des cellules, bien qu'elle ne constitue pas de ces rosettes nettes qui caractérisent les cellules qui bordent les cavités dont est creusé l'épithélioma glanduliforme, n'ont pas les caractères de celles qui bordent immédiatement la lumière. Ce fait semble établir qu'il s'agit de néocavités glanduliformes creusées dans la masse épithéliale. Il y a plus. Ainsi qu'on le voit dans la partie gauche de la figure, et surtout en A (1), l'épithélium qui borde le galactophore est le siège d'une hyperplasie cellulaire aboutissant à la formation de villosités purement épithéliales, dépourvues d'axe conjonctif. Ce caractère les rapproche des proliférations épithéliomateuses dont ces canaux sont le siège dans les épithéliomas glanduliformes de la mamelle, tels que les figures de Masson en donnent une idée. La dédifférenciation de ces cellules est telle que l'impression est renforcée par l'examen au fort grossissement.

On voit donc les difficultés du diagnostic. Ces éléments épithéliaux, qui sont en opposition manifeste avec ce que l'on voit partout dans cette tumeur, ne sont pas suffisants pour permettre d'affirmer le diagnostic d'épithélioma réalisé. Mais ne pourrait-on pas penser à un état précancéreux? A moins que, comme le pense M. le Professeur Grynfeltt, ces végétations purement épithéliales ne représentent autre chose, dans certains cas, qu'une accumulation de matériaux destinés à un accroîssement ultérieur rapide et étendu, ce qui se passe d'ailleurs au cours de l'Histogénèse normale de certains organe, ce qui prouve

(1) La vacuole arrondie en bordure du tube, au-dessous du trait de repère est due à un défaut de clichage.

que la signification de ces végétations purement épithéliales ne doit pas toujours être considérée comme l'indice d'une transformation épithéliomateuse du revêtement glandulaire, ce qui vient à l'appui de l'idée exprimée par Masson que « la plasticité de l'épithélium mammaire, évident à l'état normal, est plus accusé encore lorsque celui-ci est soumis à des irritations chroniques. On ne saurait donc s'étonner de l'extrême variété morphologique des néoplasmes qui en proviennent ». Ainsi se comprend la difficulté du diagnostic histologique précis de semblables lésions.

C'est la dégénérescence sarcomateuse qu'il importe surtout de dépister : c'est elle, en effet, que l'on soupçonne d'être la cause de l'énorme prolifération conjonctive qui a donné à la tumeur ses grandes dimensions. Qu'elle porte sur le tissu péricanaliculaire seul, ou aussi sur les végétations intrakystiques qu'il forme, c'est cette prolifération qui est la chose essentielle qu'il faut surtout étudier. Elle peut présenter deux aspects principaux, un aspect essentiellement fibreux et un aspect myxomateux. Dans quelles conditions peut-elle en imposer pour du *sarcome?* Lorsqu'il y a une multiplication particulièrement marquée des cellules fixes du tissu conjonctif, lorsque les fibres collagènes sont en voie de disparition.

Ces deux caractères peuvent se rencontrer dans le tissu conjonctif de fibro-adénomes tubuleux dans lesquels « les cellules fixes sont extrêmement nombreuses ; leur noyau se colore vivement et les fibres collagènes sont rares. Le tissu, lâche et œdémateux, rappelle certains sarcomes » (Masson). Mais cet aspect « sarcomatoïde » est plus marqué encore dans les végétations des fibro-adénomes végétants intracanaliculaires, où la prolifération conjonctive est particulièrement prononcée. En effet, ainsi que Durante l'a indiqué, les cellules en voie de multiplication active prolifèrent

avant d'avoir atteint l'état adulte et, de plus en plus, la multiplication cellulaire se fait sous la forme d'éléments jeunes. Il y a là une sorte de *régression embryonnaire* qui a pour résultat de donner aux cellules un aspect indifférencié, variable, qui les rapproche de la cellule dite « embryonnaire » du sarcome. Lorsque ces cellules fixes du tissu conjonctif, ces fibroblastes jeunes apparaissent particulièrement abondants, en plages serrées où ils dessinent des sortes de tourbillons, on a tout à fait un aspect de sarcome fuso-cellulaire.

En présence d'un aspect embryonnaire semblable, qui explique si bien la rapidité de développement du néoplasme, un examen attentif devra rechercher :

1° Les *formes monstrueuses de noyaux*, qui sont un des traits importants des formations sarcomateuses. On constatera qu'il ne s'y en trouve pas. Avec des objectifs doués d'un bon pouvoir de définition, on étudiera les amas de chromatine qui pourraient induire en erreur, et qui ne sont pas autre chose souvent que des agrégats de noyaux en division directe ou des agrégats de leucocytes.

2° Il faudra ensuite étudier le tissu interstitiel qui s'interpose entre les cellules fixes du tissu conjonctif. L'emploi de colorations électives telles que les trichromes de Mallory, le picro-noir-naphtol de Curtiss, est extrêmement utile. Elles mettent en évidence la *trame collagène*, qui peut être très riche en fibrilles serrées d'une façon assez dense, et dont l'organisation suffit à faire s'évanouir l'idée de sarcome.

3° On sait combien le sarcome est une tumeur angioformatrice. On devra donc chercher les traces d'une vascularisation anormale : on constatera que les vaisseaux capillaires sont peu nombreux et que, bien loin d'être formés par la réunion de quelques cellules constituant une sorte de lacune sanguine, il s'agit, au contraire, de vaisseaux

normaux, avec une couche endothéliale et une couche périthéliale souvent épaissie, parce qu'elle est formée par un renforcement marqué à ce niveau de la gangue collagène hyperplasiée.

4° Enfin, on sait que le sarcome, dans le sein, fait disparaître tous les éléments adipeux qu'il englobe complètement. La présence de cellules adipeuses, vestiges du tissu interstitiel normal de la glande, est encore un bon signe en opposition avec le diagnostic de sarcome.

Ainsi, par des examens méthodiques, il sera possible de se rendre compte que cette hyperplasie conjonctive suspecte est en fait un *pseudo-sarcome*. Des signes d'inflammation chroniques peuvent être visibles dans certaines préparations; on pourra alors rapprocher ce faux aspect de tumeur maligne, de ces aspects de pseudo-sarcomes inflammatoires, sur lesquels Durante a attiré l'attention.

L'infiltration du tissu conjonctif par du liquide mucoïde et l'aspect myxomateux qui en dérive méritent aussi d'être envisagés, mais il ne saurait s'agir d'éléments malins. On pourra souvent constater, d'un point à un autre d'une même préparation, l'infiltration progressive de la gangue conjonctive, dont les éléments collagènes deviennent de moins en moins denses, et prennent un aspect hyalin caractéristique de leur dégénérescence muqueuse, pendant que les cellules fixes s'écartent les unes des autres, deviennent plus nettement fusiformes et se raréfient. Il n'y a plus ici d'apparence sarcomateuse, mais un aspect de myxome. Nous avons déjà dit que l'absence de grandes cellules étoilées empêchait de considérer qu'il s'agisse ici de vrai myxome. On remarquera que l'altération myxomateuse se rencontre de préférence dans les gros bourgeons végétants intracanaliculaires, et d'une façon plus marquée en leur centre qu'à la périphérie: là, le tissu conjonctif est très finement fibrillaire, avec de rares noyaux fusifor-

mes noyés dans une masse réfringente homogène, mucoïde, dans laquelle la présence de mucine en quantité peu abondante sera confirmée par des colorations électives (mucicarmin, thionine de Hoyer).

Ainsi, en présence d'une énorme tumeur du sein, d'allure clinique sarcomateuse, l'examen histologique devra s'attacher à étudier, sur des points multiples, l'état réel de la prolifération conjonctive, qui peut présenter les aspects les plus variés; c'est en recherchant les formes de transition entre ces divers aspects que l'on pourra les rattacher les uns aux autres et aller d'un tissu de fibrome typique à un aspect pseudo-sarcomateux.

Le diagnostic de sarcome devra n'être porté qu'après examen attentif, en se basant sur des caractères histologiques précis, car « la présence de cellules fusiformes même en faisceaux ne suffit pas pour affirmer le sarcome vrai. Le diagnostic de sarcome ne doit se faire actuellement que par exclusion (Durante) ».

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Après avoir, par une étude histologique minutieuse, conconsidéré comme bénigne une tumeur géante du sein, il est naturel de porter sur elle un pronostic favorable.

Ce pronostic est confirmé pour la malade de notre observation II, par une guérison maintenue depuis 13 ans.

La malade de notre observation I est en parfaite santé 15 mois après son opération. Il est regrettable que nous ne puissions pas donner ici les résultats éloignés en ce qui concerne les cas que nous avons recueillis dans la littérature : aucune observation n'en fait mention.

Mais comment ne pas faire quelques réserves à un pronostic essentiellement favorable? Bien que la tumeur ait été reconnue bénigne, constituée par des éléments normaux, en prolifération typique, il n'en reste pas moins que, de par son évolution rapide et son monstrueux développement, elle a éveillé des craintes de mauvaise nature ; et comment affirmer que dans les points qui n'ont pas pu être examinés, un début d'évolution maligne ne se manifestait pas.

Nous avons signalé qu'une prolifération épithéliale papillaire pouvait se monter dans certains tubes : ébauche d'une évolution vers l'épithélioma? Et ce tissu conjonctif, à l'état de prolifération duquel nous assignons une limite, n'aurait-il pas pu, si la tumeur avait continué à se développer, évoluer, faire du sarcome caractérisé? En présence

de tumeurs d'énorme volume, il est certain qu'il s'agit de tissus à tendance évolutive, ainsi que la rapidité de croissance le démontre, on pourrait donc avoir affaire à une de ces tumeurs à mutations (Mutationsgeschwülste de Cœnen) qui, dans le cours de leur existence, changent de caractère. On ne saurait donc leur envisager un pronostic absolument favorable que dans la mesure où cette existence a été rapidement et radicalement supprimée.

C'est pourquoi, en présence de tumeurs à évolution rapide, d'allure clinique répondant à celle que, classiquement, on assigne au sarcome, il est évident que l'on doit considérer comme nulle la possibilité de bénignité que nous avons essayé de souligner ici, et qu'il faut les traiter de la façon la plus large, la plus radicale et la plus précoce possible.

Ce traitement ne saurait donner matière à développement.

Nos 29 tumeurs géantes non sarcomateuses ont été traitées par l'ablation chirurgicale. La nature maligne qu'on leur soupçonnait, la gêne considérable que leur poids causait à la malade, imposaient le sacrifice du sein. Celui-ci étant pris en entier, dans l'immense majorité des cas, il ne pourrait être question d'enlever la tumeur en laissant une partie de la glande. Dans l'observation du docteur Notta, de Lisieux, après l'ablation d'une très grosse tumeur, il s'en produisit une seconde, aussi grosse que la première, dans la portion de glande qui avait été laissée en place parce qu'elle avait paru normale.

C'est donc l'amputation large, classique, du sein qui est à recommander. L'exploration complémentaire du creux axillaire sera faite comme s'il s'agissait d'un cancer, car on peut toujours craindre qu'une dégénérescence épithéliale, perdue au sein de la masse tumorale, ait pu infecter déjà les ganglions. Ceux-ci sont heureusement exclusive-

ment inflammatoires. Bien que l'ablation de la tumeur soit facile, grâce aux tractus lâches qui l'unissent au plan pectoral, avec les techniques actuelles, pas plus longues et plus sûres, il est préférable d'enlever les plans musculaires jusqu'au gril costal. On aura ainsi fait l'opération radicale type. La seule difficulté provient de la grosse perte de substance, qui est le résultat de l'ablation d'une aussi énorme masse. La réunion de la peau est extrêmement difficile. On peut alors employer le procédé préconisé par Morestin, qui consiste à décoller la peau sur une vaste étendue, de façon à lui donner plus de mobilité et lui permettre de « prêter » avec moins de difficulté; mais c'est une méthode qui expose à un certain sphacèle de la peau tiraillée à l'extrême et mal nourrie, puisque ses petits vaisseaux profonds ont été déchirés. Cette surface de décollement peut, en outre, être le siège d'hématomes qui compromettent la suture. Il semble donc préférable de réunir, de proche en proche, en allant des extrémités vers le centre de la surface cruentée, en plaçant des fils d'appui prenant très largement la peau. Lorsqu'il n'est plus possible de rapprocher les lèvres cutanées, par trop éloignées, on laisse à plat une surface qui cicatrise par seconde intention, ou sur laquelle, vers le quinzième jour, on applique des greffes d'Ollier-Thiersch.

Avec les progrès actuels de la technique radiologique, quelques séances de radiothérapie pénétrante au niveau de la cicatrice seront le complément nécessaire de l'intervention chirurgicale. Au point de vue du traitement, en effet, même si le laboratoire indique que la tumeur n'est pas sarcomateuse, le devoir du chirurgien est de suspecter, malgré tout, la malignité, et d'agir en conséquence.

CONCLUSIONS

I. — A côté des SARCOMES du sein, *Tumeurs malignes*, et présentant la même allure clinique qu'eux (énormité, irrégularité de forme et de consistance, rapidité d'évolution, aspect pseudo-inflammatoire souvent), *il existe des Tumeurs géantes non sarcomateuses*. Ce sont des FIBRO-ADÉNOMES, ordinairement VÉGÉTANTS — *Tumeurs bénignes*, ainsi que le démontrent l'examen histologique, et la guérison prolongée après ablation.

II. — Ces Tumeurs sont très *rares*, si l'on considère le petit nombre seulement qui a pu en être réuni ici. Mais, en l'état actuel de nos connaissances, étant donné les confusions de nomenclature qui faussent les statistiques, il n'est pas possible d'établir quelle est leur fréquence relative. Des examens histologiques minutieusement contrôlés, et la connaissance des résultats opératoires éloignés permettront seuls de savoir dans quelle mesure il faut rapporter à une Tumeur bénigne ou à du Sarcome, une énorme et rapide augmentation de volume du sein.

BIBLIOGRAPHIE

1858 Velpeau. — Traité des maladies du sein, 2e éd.
1870 Delbarre. — Sarcome du sein et des ovaires
(*Bull. Soc. Anatom. Paris,* 1870, p. 237).
1871 Tripier (Léon). — Pathologie de la mamelle
in *Diction. d. Sc. Médic. de Dechambre,* 2e s., t. IV.
— Zambianchi. — Adénosarcome mammaire
(*Bull. Soc. Anatom. Paris,* 1871, p. 314).
1872 Anderson. — Recurrent sarcoma of the breast
(*Trans. Path. Soc. London,* 1872 XXII, p. 254).
— Fochier. — Sarcome fasciculé périacinique du sein
(*Mém. Soc. Sc. Médic. Lyon,* 1872, XI, p. 96).
1873 Fioupe. — Tumeur énorme du sein droit
(*Rev. Photograph. Hôp. Paris,* 1873, V, p. 116).
— Hubert. — Fibrosarcome kystique du sein
(*Bull. Soc. Anatom. Paris,* 1893, p. 389).
— — Tumeur kystique de la mamelle
(*Ibid.,* 1873, p. 690).
— Lagrange et Duret. — Cystosarcome de la mamelle
(*Bull. Soc. Anatom. Paris,* 1873, p. 510).
— Seuvre. — Sarcome ulcéré de la mamelle
(*Bull. Soc. Anatom. Paris,* 1873, p. 679).
— Robin. — Sarcome kystique du sein
(*Bull. Soc. Anatom. Paris,* 1873, p. 817).
— Pitres. — Sarcome encéphaloïde du sein
(*Bull. Soc. Anatom. Paris,* 1873, p. 706).
1874 Alcayde. — Tumor hyperplasico adénoïdeo de la mama
(*Siglo Med. Madrid,* 1874, XXI, p. 540).
— Herpin. — Kystosarcome de la mamelle
(*Bull. Soc. Anatom. Paris,* 1874, p. 633).

1874 KIRMISSON. — Sarcome de la mamelle
(*Bull. Soc. Anatom. Paris,* 1874, p. 457).
— ZAMBIANCHI. — Sarcome kystique de la mamelle
(*Bull. Soc. Anatom. Paris,* 1874, p. 592).
1875 LANNELONGUE (O.). — Art. mamelles
in *Nouv. Diction. de Méd. de Jaccoud,* t. XXI.
— MONOD (Ch.), — Contribution à l'étude des tumeurs non carcinomateuses du sein
(*Arch. génér. de Méd.,* janvier 1875).
— MARCANO. — Cystosarcome de la mamelle
(*Bull. Soc. Anatom. Paris,* 1875, p. 225).
1876 CABOT. — Sarcoma of the breast
(*Boston Med. a. Surg. Journ.,* 1876, XCX, 271).
— CADIAT. — Etude sur l'anatomie normale et les tumeurs du sein chez la femme
(*Th. Paris,* 1875).
— LABBÉ et COYNE. — Traité des tumeurs bénignes du sein.
— MONOD (Eug.). — Adénosarcome du sein
(*Bull. Soc. Anatom. Paris,* 1876, p. 581).
1877 NEBEL. — Ueber die dermoïden una adénoïden Geschwülste der Mamma
Inaug. Diss. Bonn, 1877.
— MARIGNAC (DE). — Cystosarcome du sein
(*Bull. Soc. Anatom. Paris,* 1877, p. 428).
1878 LIÉGEOIS. — A propos d'un adénome du sein ulcéré
(*Revue Médic. de l'Est,* 1878, X, 42).
— POZZI. — Accroissement aigu, sous l'influence d'un état général grave, d'une tumeur du sein datant de plusieurs années
(*Gaz. Médicale de Paris,* 1878, VII, 39).
— RICHELOT. — Des tumeurs kystiques de la mamelle
Thèse d'agrégation, 1878.
1880 BANTOCK. — Cystic sarcoma of the breast
(*Lancet,* 1880, I, 681).
— BARTON. — Haematoïd Myxoma of the breast
(*Philadelphia Med. Times,* 1880, X, 464).
— BILLROTH. — Krankheiten der Brustdrüsen
in *Deutche Chirurgie,* Lief 41, 1880.

1880 Cordier. — Contribution à l'étude clinique du sarcome du sein
Th. Paris, 1880, n° 494.

— Garcia Sola. — Examen microscopico de un sarcomyxoma de la mama
(*Prensa Medica Grenada,* 1880, II, 209).

— Mason. — Large fungating cystic adenoma of the breast
(*Lancet,* 1880, II, 171).

— Poisson. — Enorme tumeur du sein
(*Bull. Soc. Anat. de Nantes,* 1880, IV, 24).

— Richet. — Tumeur rare du Sein: Sarcome kystique
(*Gaz. des Hôpitaux,* 1880, LIII, 553).

— Thiriar. — Cystosarcome volumineux du sein droit
(*Presse Médec. Belge,* 1880, XXXII, 129).

1881 Gross. — The relations between adenoma, sarcoma and carcinoma of the mammary gland in the female
(*Trans. Intern. Med. Congr. London,* 1881, II, 322).

— Heurteaux. — Fibrome végétant énorme de la mamelle
(*Journ. de Méd. de l'Ouest,* 1881, p. 198).

1882 Armangué. — Enorme adenoma mamario
(*Indépend. Méd. Barcelona,* 1881-82 XVII, 389).

— Bull (W.-T.). — Two large tumors of the female breast
(*Illust. Quart M. a. S. New-York,* 1882, I, 81).

1883 Da Costa Leite. — Das relacoes que existem entre o adenoma, o sarcoma e o carcinoma da glandula mammaria na mulher, e do diagnostico em sua évolucao intitial
Th. de Rio de Janeiro, 1883.

— Thiry. — Phlegmon rétromammaire du sein droit datant de dix mois: développement considérable de ce sein
(*Presse Méd. Belge,* 1883, XXX, 145).

1884 Schmidt (G. B.). — Cystosarkoma Mammae mit Epithelperlen
(*Arch. f. Gyn,* XXIV).

— Valude. — Adénome sarcomateux de la mamelle
(*Bull. Soc. Anatom. Paris,* 1884, p. 269).

1885 Barton. — Large adenoma of the breast
(*Trans. Path. Society, Philadelphia,* 1885, XIII, 165).

1885 Malherbe (A.). — Fibrome végétant avec parties myxomateuses.
(*Journ. de Méd. de l'Ouest*, 1885, xix, 309).

1886 Chevalier. — Cystofibrome du sein gauche
(*Journ. de Méd. Bordeaux*, 1885-86, xv, 402).

1887 Gross. — Fibroma of the female breast based upon a study of one hundred cases
(*Med. a. Surg. Reporter, Philadelphia*, 1887, lvii. 3).

— — Sarcoma of the female breast; based upon a study of one hundred fivty-six cases
(*Americ. Journ. of the Medic. Sc.*, 1887).

— Tillaux. — Diagnostic du sarcome du sein
(*Rev. gén. de Clin. et Thérap.*, 1887, i, 545).

1888 Calbet. — Cystoadénofibrome du sein
(*Bull. Soc. Anatom. Paris*, 1888, p. 835).

— Guermonprez. — Volumineuse tumeur kystique du sein
(*Journ. des Sc. Méd. de Lille*, 1888, ii, 82).

— Heymann. — Ein Beitrag zur Kenntniss des Fibroms des der Mamma
(*Inaug. Diss. Berlin*, 1888).

— Leser. — Beiträge zur pathologischen Anatomie der Geschwülste der Brustdrüse
(*Beit. z. path. Anat. u. allgem. Pathologie*, 1888, ii).

1889 Borschmeyer. — Ueber Sarkoma Mammae
(*Inaug. Diss. Würzburg*, 1889).

— Schmidt (G.-B.). — Die Geschwülste des Brustdrüse
(*Beitr. z. klin. Chir.*, 1889, iv, 77).

— Vignerot. — Myxosarcome du sein
(*Bull. Soc. Anat. Paris*, 1889, p. 485).

1890 Jacob. — Sur quelques points particuliers de l'étude des tumeurs bénignes du sein
Th. Lyon, 1890.

— Chretien. — Sarcome du sein
(*Bull. Soc. Anat. Paris*, 1890, p. 367).

— Snow. — Two unusual cases of mammary Tumour
(*Lancet*, 1890, i, 240).

1891 Briddon (C.-K.) .— Multilocular adenocystoma of the breast
(*New-York Med. Journ.*, 1891, liii, 311).

1891 Hambuchen. — Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie des Fibroma intracanaliculare
Inaug. Diss. Würzburg, 1891.

— Joseph (E.). — Das Fibroädenoma mammae
Inaug. Diss. Erlangen, 1891.

— Von Forster. — Ein ungewœhnlich grosser Tumor der Mamma
Inaug. Diss. Erlangen, 1891, n° 290.

1892 Delbet (Pierre). — Art. Mamelle
in *Traité de Chir.* de Duplay et Reclus.

— Doran. — Cystic adenofibroma of breast, weighing 8 pounds 7 ounces
(*Trans. Path. Soc. London,* 1891-92, xliii, 115).

— Nœtzel (W.). — Ein Beitrag zur Kenntniss der Fibroadenoma der weiblichen Brustdrüsen.
Inaug. Diss. Berlin, 1892.

— Schimmelbusch. — Das Fibroadenom der Mamma
(*Arch. f. Klin. Chirur.,* 1892, xliv, 102).

— Péan. — Leçons cliniques, 1870-1892.

— Villeneuve. — Adénofibrome très volumineux du sein
(*Ann. de l'Ecole de Méd. de Marseille,* 1892, 201).

— Williams. — The varieties of mammary neoplasms and their relative frequency
(*Brit. Med. Journ.,* 1892, ii, 576).

1893 Atkins. — Enormous lipoma of the breast in a joung girl
(*Indian Med. Rec. Calcutta,* 1891, v, 41).

— Desbonnets. — Adénofibrome du sein
(*Bull. Soc. Anatomoclin. Lille,* 1893, vii, 115).

1894 Cestan. — Sarcome du sein
(*Bull. Soc. Anat. Parfis,* 1894, *p.* 159).

— Haeckel. — Beitræge zur Kenntniss der Brusdrüsengeschwülste
(*Arch. f. klin. Chir.,* 1894, xlxviii, 274).

— Manz. — Uber Riezenzellensarkom der weiblichen Brustdrüse
(*Inaug. Diss. Tübingen,* 1894).

— Mqnski (H.). — Untersuchungen über nicht carcinomatœse Geschwülste der weiblichen Brustdrüse
Inaug. Diss. Freiburg i. Brisgau, 1894).

1895 Cumston. — Benign Tumors ef the breast
(*Ann. Gyn. a. Ped. Boston,* 1894-95, viii, 503).
— Desgranges. — Contribution à l'étude des sarcomes kystiques de la mamelle
Th. Paris, 1895.
— Mermet. — Cystosarcome de la mamelle
(*Bull. Soc. Anatom. Paris,* 1895, p. 348).
— Sheen (A.). — Hypertrophy of left breast
(*Brit Med. Journ. London,* 1895, ii, 11).
— Snow. — Is round celled Sarcoma a distinct new growth?
(*Med Week,* 1895, iii, 535).
1896 Burci. — Di un emoangiosarcoma endoteliale della mamella
(*Gaz. d'Osp. Milano,* 1896, xvii, 587).
— Entz. — Sarcoma of the breast
(*Internat. Jour. Surg. New-York,* 1896, ix, 100).
— Sengensse. — Volumineux fibrome circonscrit de la mamelle
(*Ann. de la Policlin. Bordeaux,* 1895-96, iv, 348).
1897 Findley. — Sarcoma of the breast (*Chicago Med. Rec.,* 1897, xii, 186).
— Kerbirion et Danel. — Sarco-épithéliome kystique du sein
(*Journ. Sc. Méd. Lille,* 1897, i, 175).
— Sasse. — Ueber Cysten und cystiche Tumoren der Mamma
(*Arch. f. klin. Chir.,* 1897. liv).
1898 Duchamp. — Enorme fibrosarcome du sein chez une jeune fille. Récidive deux ans après
(*Loire Médic. Saint-Etienne,* 1898, xvii, 294).
— Monod (Ch.). — Volumineux sarcome du sein
(*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris,* 1898, xxiv, 199).
— Peraire. — Adénome kystique du sein
(*Bull. Soc. Anatom Paris,* 1898, p. 148).
— — Sarcome du sein. Récidive huit ans après (*ibid.,* 381).
1899 Binaud et Braquehaye. — Maladies de la mamelle
in Traité de chir. de Le Dentu *et* Delbet, 1re *éd.,* 1899.
— Bisch. — Volumineuse tumeur du sein
(*Bull. Soc. Anatom. Paris,* 1899, p. 1029).
— Claisse et Dartigues. — Sarcome du sein
(*Bull. Soc. Anatom. Paris,* 1899, p. 934).
— Wolff. — Beitræge zur Kenntniss des Tumoren der Mamma
(*Inaug. Diss. Rostock.,* 1899).

1900 Von Angerer. — Erkrankungen der Brustdrüsen
In Handbuch der Prakt. Chir. v. v. Bergmann, v. Bruns u. v. Mickulicz, II Bd. s. 755.

— Desplats. — Myxosarcome du sein
(*Jour. Sc. Méd. Lille*, 1900, XXIII, 273).

— —. Adénome du sein datant de dix ans ayant évolué vers l'adénosarcome à la ménopause (ibid., p. 251).

— Grohe. — Uber Cystofibrosarkom der Mamma mit epidermoïdaler Metaplasie
(*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, 1900, LV, 67).

1901 Abramow. — Ein Fall von Adenomyoma der Brustdrüse
(*Centralbl. f. allgem. Path. u. Path. Anat.*, 1901, XII, 926).

— Battle. — Two cases of sarcoma of the breast
(*Lancet*, 1901, I, 177).

— Beneke. — Ueber Adenofibroma der Mamma.
(*Verhandl. d. Pathol. Geset.*, 1901 IV).

— Englander. — Ein Fall von einseitiger diffuser Brustdrüsenhypertrophie bei einer Frau
(*Wien. Klin. Wochenschr.*, 1901, XIV, 65).

— Gebele. — Zur Statistik des Brustdrüsengeschwülste
(*Beitr. z. Klin. Chirurg.*, 1901, XXIX).

— Fabian (E.). — Die Bindegewebshyperplasie im Fibrom und im Fibro-adenom der Mamma
(*Inaug. Diss. Rostock*, 1901).

1902 Brin et Papin. — Un cas de fibro-adénome du sein
(*Bull. Soc. Anatom. Paris*, 1902, p. 169).

— Ricketts. — Two cases of sarcoma of the breast
Ann. Jour. Surg. a. Gyn., 1902, WV, 172).

— Rochard. — Volumineux fibro-adénome du sein
(*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1902, XXVIII, 652).

— Zimmermann. — Ueber seltenere Formen der Brustdrüsengeschwülste.
(*Inaug. Diss., Strasbourg*, 1902).

1903 Reinhoff. — Ueber Riezenellensarkom der weiblichen Brustdrüse.
(*Inaug. Diss. Freiburg. i. Breisgau*, 1903).

— Ernst Siebert. — Das Sarkom, insbesondere seine Lokalisation in der Mamma
(*Inaug. Diss. München*, 1903).

1904 Clément. — Myxome du sein
(*Bull. Soc. Anatom. Paris,* 1904, p. 91).

— Lecène. — Sarcome et carcinome
(*Bull. Soc. Anatom. Paris,* 1904).

— Schmuckert (K.). — Adenofibrom der Mamma übergehend in Adenosarkom
(*Inaug. Diss. München,* 1904).

1905 Deladrier. — Macromastie sarcomateuse chez une enfant de 14 ans
(*Jour de Méd. de Bruxelles,* 1905, x, 173).

— Rollin. — Sarcome du sein
(*Bull. Soc. Anatom. Paris,* 1905, 436).

— Warren. — The Surgeon and the Pathologist. A plea for reciprocity as illustrated by the consideration of the classification and treatment of benign tumors of the breast
(*Journ. Amer. Medic. Associat.,* 1905, xlv, 149).

1906 Clark. — Remarks on swellings of the breast, their diagnosis and treatment
(*Brit. Med. Journ.,* 1906, i, 185).

— Finsterer. — Ueber einen Fall eines ungewœhnlich grossen Fibro-adenoma Mammae und über benigne Tumoren der weiblichen Brustdrüse.
(*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.,* 1906, lxxx, 555).

— Haynes. — Hypertrophy (fibro-adenoma) of the breast
(*Ann. of Surg.,* 1906, xliii, 938).

— Rodman. — Sarcoma of the breast in a girl of eleven years
(*Ann. of Surg.,* 1906, xliii, 308).

— Vignard. — Sarcome succédant à un adéno-fibrome
(*Gaz. Med. de Nantes,* 1906, xxiv, 370).

1907 Bloodgood. — Benign and malignant cystic Tumors of the breast
(*John Hapkins Hosp. Bull.,* 1907, xviii, 139).

— Chaput et Souligoux. — Mammite double, évolution sarcomateuse ultérieure
(*Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris,* 1907, xxxiii, 40).

— Chdquet. — Adénome du sein, avec évolution clinique maligne
(*Journ. Sc. Médic. Lille,* 1907, i, 350).

1907 Finsterer. — Das Sarkom der weiblichen Brustdrüse
(*Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, 1907, LXXXVI, p. 352.

— Von Saar. — Ueber Cystadenoma mammae und Mastitis
(*Arch. f. Klin. Chir.*, 1907, LXXXIV).

1908 Beatson. — Case of rapidly growing fibro-adenoma of mamma.
(*Edinburgh Med. Journ.*, 1908, I, 416).

— Cornil (V.). — Les tumeurs du sein. *Alcan, éd.*, 1908.

— Jopson, Speese and White. — Tumors of the Breast in Childhood
(*Ann. of. Surg.*, 1908, XLVIII, 662).

— Peraire et Cornil. — Hypertrophie graisseuse prise pour une tumeur maligne du sein
(*Bull. Soc. Anatom. Paris*, 1908, 391).

— De Quervain. — Ueber fibro-epitheliale Neubildungen der Mamma und ihre maligne Entartung
(*Verhandl. d. Gesellch. f. Chir.*, E908).

— Menetrier. — Le cancer
(*In Traité de méd. de* Brouardel *et* Gilbert, 1908).

— Sauvan. — Tumeur kystique du sein
(*Marseille Méd.*, 1908, p. 144).

1909 Beatson. — Sarcoma of female mamma
(*Edinburgh Med. Journ.*, 1909, II, 23).

— Bockenheimer. — Ueber die Tumoren des Brustdrüse und ihre chirurgische Behandlung
(*Therap. Monatsschr.* 1909, XXIII, 463).

— Friend. — Intracanalicular fibroma of the female breast undergoïng sarcomatous change
(*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1909).

— Gibson. — Border-Line Tumors of the breast
(*Ann. of. Surg.*, 1909, LIX, 560).

— Henderson. — Clinical and pathological aspects of a series of « doubtful » tumors of the breast
(*Lancet*, 1909, II, 857).

— Kuru. — Beitræge zur Pathologie der Mammageschwülste
(*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, 1909, LXLVIII).

— Massabuau. — Adenofibrochondromyxosarcome du sein
(*Montpellier Méd.*, 1909, XXIX, 333).

1909 Mornard et Masson. — Sarcome succédant à une tumeur bénigne du sein
(*Rev. Gyn. et Chir. abd.*, 1909, XIII, 297).

— Rais. — Volumineux adénome pur du sein
(*Bull. Soc. Anatom. Paris*, 1909, p. 228).

— Rubens Duval. — Adenopathie non cancéreuse dans les tumeurs du sein
(*C. R. Soc. Biologie*, 1909, 24 déc.).

— Theile. — Zur Kenntnis des Fibroépithélialen Verænderungen des Brustdrüse.
(*Arch. f. Klin. Chir.*, 1909, LXXXVIII).

— Vignard. — Sarcome du sein simulant une mammite
(*Gaz. Méd. Nantes*, 1909, XXVII, 256).

1910 Bloch. — Cystische Tumoren des Mamma.
(*Inaug. Diss. Freiburg i. Breisgau*, 1910).

— Cœnen. — Ueber Mutationsegeschwülste und ihre Stellung im onkologischen System
(*Beitr. z. Klin. Chir.*, 1910, LXVIII).

— de Boucaud. — Tumeur bénigne du sein
(*Journ. de Méd. Bordeaux*, 2 octobre 1910).

— Girard. — Cystosarcome du sein
(*Rev. Méd. Suisse Romand.* 20 juillet 1910).

— Guinard. — Dégénérescence maligne des adénofibromes du sein
(*Rev. de Chir.*, 1910, XLII).

— Houzel. — Sarcome du sein
(*Arch. provinc. de Chir.*, février 1919).

— Nadal. — Cancer du sein et adénofibrome
(*Bull. Soc. Anat. Paris*, 1910, p. 740).

— Segond et Renaud (M.). — Histoire d'un sarcome du sein
(*Bull. Assoc. p. Etude du Cancer*, 1910, III, 104).

— Speese. — Malignant degeneration of benign diseases of the breast (*Ann. of Surg..*, 1910, 2(, 212).

— Davidoff. — Contribution à l'étude des sarcomes du sein.
Th. Montpellier, 1911, n° 1.

— Dekester. — Tumeur polykyste végétante du sein
(*Journ. Sc. Méd. Lille*, 1911, XXXIV, 68).

— Gineste. — Les tumeurs de la mamelle.
Th. Bordeaux, 1911.

1910 Greenough a. Simmons. — Fibroepithelials tumors of the mammary gland
(*Ann. of Surg.*, 1911, LIV, 517).

— Rodman. — The diagnosis of mammae tumors
(*Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1911, LVI).

— Stone. — Fibroma of the breast
(*Amerfic. Journ. of. Obst. diseases of. wom., t.* LXIV, 327).

— Whittington Gorham. — Adenomyxofibroma papillare intracaniculare Mammae mit Sarkom und Epidermiscysten.
(*Strassb. Med. Zeitschr.*, 1911).

1912 Berka. — Zur histologischen Karaktéristik der Fibroepithelialen Mammatumoren
(*Beitr. z. Path. Anat. u. z. allg. Pathol.*, 22 juillet 1912, t. LIII).

— Durante. — De l'inflammation subaiguë et des pseudosarcomes inflammatoires
(*Presse Médic.*, 26 oct. 1912, p. 282).

— Desmarets et Masson. — Sarcome à myéloplaxe du sein
(*Bulll. Soc. Anat. Paris*, 1912, p. 282).

— Kettle. — Carcinoma and sarcoma of the same breast.
(*Lancet*, 14 sept., 1912, II, 750).

— La Roy. — Les tumeurs kystiques du sein
(*Arch. internat. de Chir.*, 1913, V, 341).

— Letulle. — Les tumeurs bénignes de la mamelle. Le terrain mammaire.
Rev. de Gyn. et Chir. abd., 1912, t. XIX, 401.

— Martin et Delore. — Tumeur maligne du sein chez une fillette de 14 ans
(*Lyon Méd.*, janv. 1912, CXVIII, 33).

— Prym. — Fibrocystadenoma sarcomatosum der Mamma mit Metastasen
(*Frankfurter Zeitschr. f. Pathol.*, 1912, X).

— Petit. — Les sarcomes de la mamelle en anatomie comparée
(*Bull. Assoc. Et. Cancer*, 17 juin 1912.

1913 Baumgartner. — Art. Mamelle
(*In Traité Chir.* Le Dentu *et* Delbet, 2e éd., 1913).

1913 Bonnel. — Sarcome myxomateux de la mamelle
(*Bull. Soc. Anatom. Paris*, 1913, p. 55).

— Deaver. — Revierw of five hundred and thirty four operations on the mamma y gland
Journ. of. the Amer Med Assoc., 15 mars 1913).

— Elsberg. — Multiple lymphosarcoma of the breast
(*Ann. of. Surg.*, 1914, LX, 767).

— Gosset (Mme) et Masson. — Soixante-quinze cas de tumeurs du sein
(*Rev. de Gyn. et Chir. abdom.*, 1913, XXI, 256).

— Jaboulay. — Transformation maligne des tumeurs bénignes du sein
(*Lyon Chirurg.*, X, 1er sept. 1913).

— Letulle. — Les tumeurs bénignes de la mamelle. Etude histo-pathologique
(*Ibid.*, 1913, XXI, 449).

— Moure et De Jong. — Sarcome massif du sein
(*Bull. Soc. Anatom. Paris*, 1914, p. 32).

— Takano. — Ueber Karzinosarkom mammae
(*Arch. f. Klin. Chir.*, 1913, CIII, 155).

— Wehner. — Ein Beitrag zur Frage der Karzinosarkom unter Mitteilung eines Mammatumors
(*Frankfurter Zeitschr. f. Path.*, 1914, XVI, 167).

1915 Geist et Wilensky. — The sarcomas of the breast
(*Ann. of Surg.*, 1915, LXII, 11).

1916 Krompecher. — Zur Histogenèse und Morphologie der Cystenmamma
(*Beitr. z. Path. Anat. u. allg. Path.*, 1916, LXII).

1917 Deaver (J.-B.). — The breast, its anomalies, its diseases and their treatment. 8° de 731 p. Philadelphia, 1917.

— Pluyette. — Enorme tumeur du sein
(*Marseille Médic.*, 1916-17, LIII, 498).

— Rondenburg. — 6 cases of sarcoma of the breast
(*Proc. New-York Path. Soc.*, 1917, XVII, 112).

1918 Syms. — Surgical histology and anatomy of the breast
(*Med. Record. New-York*, 1918, XCIII, 627).

— Westermark. — Ein Fall von Cystosarcoma mammae mit wirklichem Sarkomcharakter
(*Hygiea*, 1918, LXXX).

1919 Delbet et Pascano. — Adénomes du sein et mammite chronique
(*Bull. Assoc. franç. pour l'ét. du Cancer,* 20 janvier 1919, p. 11).

— L'Esperanca. — Three unusual connective tissue tumors of the breast
(*Proc. New-York Path. Soc.,* 1919, xix, 165).

— Silvan. — Interno ai tumori fibro-epitheliali della mamella con lo studio di un caso degenerato in sarcoma
(*Gazz. d'Osp. Milano,* 1919, xl, 793).

— Wilensky. — A case of carcinosarcoma
(*Proc. New-York Path. Soc.,* 1919, xix, 113).

1920 Charlanne. — Tumeur du sein de nature indéterminée
(*Bull. Soc. Anatom. Paris,* 1920, p. 129).

— Graves. — Sarcoma of the breast at the old age
(*Brit. Med. Journ.,* 17 janvier 1921, p. 81).

— Hartmann et Renaud. — Adénofibromyxome du sein
(*Bull. Soc. Anatom. Paris,* 1920, p. 402).)

— Lee. — Sarcoma of the breast
(*Ann. of Surg.,* 1920, lxxii, 387).

— Porter. — Tumors of the breast; seventy seven cases
(*Tr. Am. Ass. Obst. a. Gyn.,* 1920, xxxii, 372).

— Rosso. — Volumineux adénofibrome du sein chez une jeune fille de 14 ans
(*Soc. de Méd. et Climat. Nice,* avril 1920, p. 10).

1921 Bartlett. — Clinically doubtfull breast tumors; their diagnosis and treatmend
(*Ann. of. surg.,* 1921, lxxiii, 740).

— Bégouin. — Volumineux sarcome du sein à longue allure clinique bénigne
(*Gaz. Hebd., Sc. Méd. Bordeaux,* 17 juillet 1921, p. 342).

— Bouchet et Martin. — A propos d'un cas complexe de tumeur du sein
(*Lyon Chirurg.,* 1921, xviii, 425).

— Kasper Blond. — Ein Beitrag zur Lehre von der Mammahypertrophie
(*Mediz. Klin. Berlin,* 1921, xii, 497)..

1921 Lentahl Cheatle. — A Further contribution to the study of cysts and papillomata of the breast (*Brit. Journ. of Surg.*, 1921, IX, n° 34).

— Gibbon (J.-H.). — Papillary cystadenoma of the breast (*Ann. of Surg.*, 1921, LXXIII, 384).

— Kudji (N.). — Zur Pathologie der menschlichen Brustdrüse mit besonderer berücksichtingung des Stromas (*Kernen, éd., Stuttgart*, 1921).

— Lukowsky. — Ueber die diffuse Fibromatose der Mamma (*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.* 1921, CLXI).

— Vautrin. — Sarcome du sein et grossesse (*Bull. Soc. Obst. et Gyn., Paris*, 1921, X, 693).

— Venot. — Volumineuse tumeur de la région mammaire (*Gaz. Hebd. des Sc. Méd. Bordeaux*, 17 juillet 1921, p. 341).

— Winslow. — An analysis of 102 cases of tumors of the breast diseases (*Ann. of Sur.*, 1921, LXXIV, 341).

1922 Abell Graves. — A rewiew of 300 cases of breast diseases (*South Med Journ. Birmingham*, 1922, XV, 390).

— Asteriades. — Les adénosarcomes du sein et leur traitement chirurgical (*Bullet. Médic. Paris*, 1922, XXXVI, 1015).

— Peck a. White. — Tumors of the breast: benign and malignant (331 cases) (*Ann. of. Surg.*, 1922, LXXV, 631).

— Wiedhopf. — Vergrœsserung der Brust durch ein retromammares Angiofibrom (*Deutsch. Zeitschr. f. Chirur.*, 1922, CLXXI, 413).

1923 Chavannaz et Nadal. — Epithéliosarcome du sein (*Bull. Assoc. franç. p. Etude Cancer*, 1923. XII, 144).

— Lenthal Cheatle. — Hyperplasia of epithelial and connective tissue in the breast: its relation to fibroadenoma and other pathological conditions (*Brit. Journ. of Surg.*, 1923, X, 436).

— Coppelo. — Mama elephantiasica por fibroma (*Bol. y Trab. de la Soc. cirurg. Buenos-Aires*, 1923, VII, 382).

1923 Erdmann. — A clinical consideration of tumors of the breast.
(*Am. Journ. Obst. a. Gyn.*, 1923, v, 116).

— Haggard a. Douglas. — Tumors of the breast: study of 255 cases (*Jour. Amer. Med. Associat.*, 1923, lxxx, 445).

— Masson. — Tumeurs
in *Traité Sergent*, t. xxvii, 1923).

— Max Wülfing. — Das Cystosarcoma phyllodes der Mamma (*Virchow's Arch. f. path. Anat.*, 1923, ccxlvii, 613).

1924 Boeri (E.). — Contribution à l'étude de l'hypertrophie mammaire.
Th. Montpellier, 1924, n° 22.

— Hamant et Cornil. — Sur un cas d'hypertrophie mammaire diffuse unilatérale de la puberté
(*Soc. d'Obst. et Gyn. Nancy*, 19 mars 1924).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la thèse ayant pour titre:

Les Tumeurs Géantes non Sarcomateuses du Sein.

Par M. Ed. MOURGUE.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 26 Juin 1924.

Le Professeur,
FORGUE.

Vu
Montpellier le 2 Juillet 1924.

Le Doyen,
EUZIÈRE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 3 Juillet 1924.

Le Recteur.
Jules COULET.